

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie zur Vorbereitung auf Ihren Besuch und für die Planung einer ganzheitlichen Behandlung die folgenden Fragen zu Ihrer Krankengeschichte möglichst umfassend. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf: ausgeführte Tätigkeit:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Ja, ich bin damit einverstanden, dass ich eine Terminbestätigung per Email erhalte und auch kurzfristig an meinen Termin per Email erinnert werde.

Ja, ich bin damit einverstanden, per Email an besondere Vorsorgeuntersuchungen erinnert zu werden (Recall).

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

			Seit wann? Nähere Angaben:
Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Herzinfarkt	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Schlaganfall	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Zuckerkrankheit / Diabetes	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Thrombose oder Embolie	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Lebererkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Lungenerkrankungen (Asthma / COPD)	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (M. Crohn / Colitis ulcerosa)	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Augenerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Krampfleiden / neurologische Erkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Operationen / Unfälle	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Sonstiges	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel pro Tag? Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie viel:

Konsumieren Sie andere Drogen? Nein Ja Wenn ja, wie welche:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja Wenn ja, welche:

- Andere Allergien:

Wie groß sind Sie:(cm) Wieviel wiegen Sie: (Kg)

Haben Sie in den **letzten 6 Monaten** stark zu- oder abgenommen? Nein zu ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein und in welcher Dosierung?

.....

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein Ja

Darmspiegelung Nein Ja

Sozialanamnese:

Familienstand: Kinder:

Sport (was und wie oft?):

Ernährung: vegetarisch vegan

Besitzen Sie eine Patientenverfügung? Nein Ja

Besitzen Sie eine Vorsorgevollmacht? Nein Ja Wenn ja, wer:

Familienanamnese:

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Herzinfarkt	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Schlaganfall	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Zuckerkrankheit / Diabetes	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Thrombose / Embolie	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>

Gibt es noch einen wichtigen Punkt, den Sie uns an dieser Stelle mitteilen möchten?

.....

.....

.....

Sind Sie an einer **naturheilkundlichen Behandlung** interessiert? Nein Ja

Wären für Sie diesbezüglich auch weitere privatärztliche Leistungen interessant? Nein Ja

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Kontaktdaten (Adresse, Email oder Telefonnummer) stets zeitnah mit.

Bitte beachten Sie auch unsere Informationen zum Datenschutz in der Arztpraxis.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie diesen Fragebogen am Empfang ab, oder senden ihn per Email bereits vorab an praxis@hausarzt-am-kurpark.de. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Lüneburg, den Unterschrift: