

ANAMNESEBOGEN



Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, benötigen wir einige gesundheitliche Informationen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus und teilen Sie uns zukünftige Änderungen mit. Alle Informationen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches:

Name, Vorname: _____ Geboren am: _____ in: _____
Straße / Nr.: _____ Tel. tagsüber _____
PLZ / Ort: _____ E-Mail _____
Krankenkasse: _____ ☐ gesetzlich ☐ Zusatzversicherung
☐ privat ☐ Beihilfeberechtigt

Haben Sie eine Pflegestufe: ☐ nein ☐ ja, Grad: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ PLZ / Ort: _____

Hinweise zur Organisation:

Wir sind eine Bestellpraxis, d.h. mit Ihnen vereinbarte Termine werden ausschließlich für Sie reserviert und können nicht kurzfristig neu vergeben werden. Deshalb bitten wir Sie: wenn Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens 48 Stunden vorher ab. Bei Nichterscheinen oder kurzfristiger Absage behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar zu erheben.

In eigener Sache:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ von Freunden/Bekannten empfohlen ☐ Telefon- / Branchenbuch ☐ Zeitungsanzeige
☐ Internet, über die Seite _____ ☐ Sonstiges: _____

Haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt (<http://www.DrKroonder.de>) angesehen?

☐ ja ☐ nein

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

☐ nein
☐ ja, bitte kontaktieren Sie mich unter folgender E-Mail-Adresse: _____

Leiden oder litten Sie unter Erkrankungen der/des...

Herzens oder Kreislaufs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Leber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-Darm-Traktes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nervensystems	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben oder hatten Sie

hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes („Zucker“)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohrensausen / Tinnitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grünen Star	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mukoviszidose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRSA-Infektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wogegen :	<hr/>	
HIV / Aids	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<hr/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<hr/>	
Wenn ja, welcher Typ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<hr/>	

Sonstiges:

Rauchen Sie ☐ nein ☐ ja

Körperfremdes Material

Haben Sie körperfremdes Material in Ihrem Körper?
(z.B. ein künstliches Hüftgelenk oder Implantate): ☐ nein ☐ ja:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> eine Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> einen Bypass |
| <input type="checkbox"/> einen Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> einen Stent | <input type="checkbox"/> einen Herzinfarkt |

Medikamente? Nehmen Sie regelmäßig...

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel (z.B. Aspirin®) |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva | <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, ASS) | |

☐ Sonstige Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente od. Spritzen aufgetreten? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, gegen welche:

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? ☐ nein ☐ ja, in der _____ Schwangerschaftswoche.

Fragen / Anmerkungen: _____

Datum / Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
Ihr Praxisteam