

# 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 unseres Internetauftritts (<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 :			
HIV / Aids	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, welcher Typ		<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C		

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...**

- eine Herzkappenentzündung       Angina Pectoris       einen Bypass  
 einen Herzschrittmacher       einen Stent       einen Herzinfarkt

**Medikamente? Nehmen Sie regelmäßig...**

- Herzmedikamente       Cortison (Kortikoid)       Schmerzmittel (z.B. Aspirin®)  
 Antidepressiva       blutverdünнende 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