

Patientenanamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
für eine umfassende Betreuung bitten wir Sie diesen Anamnesebogen auszufüllen.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen
der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____. _____. _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer privat: _____ geschäftlich: _____

Mobiltelefon: _____ E-Mail Adresse: _____

Welchen Beruf üben Sie aus?

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Anzahl der Kinder: _____

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie zurzeit schwanger? ja nein

Falls ja, in welcher Schwangerschaftswoche? _____ Woche

Anzahl der Schwangerschaften davor: _____ Anzahl der Geburten davor: _____



Damit wir uns vorab ein Bild über Ihre Beschwerden machen können, benötigen wir ergänzend folgende Angaben von Ihnen:

1. Risikofaktoren

Trinken Sie Alkohol? Generell nicht selten regelmäßig täglich

Falls täglich, welche Menge und welche Art von alkoholischen Getränken?

Ca. _____ Gläser _____ am Tag.

Rauchen Sie? Ich habe nie geraucht früher geraucht rauche immer noch.

Wenn ja, wie viel rauchen Sie?

Ich rauche ca. _____ (Anzahl der Zigaretten / sonstigen Tabakwaren) am Tag.

Ich rauche seit: _____ Ich habe aufgehört: _____

Nehmen Sie sonstige Mittel ein?

Anabolika Aufputzmittel Drogen Sonstiges: _____

2. Chronische Krankheiten

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen? (bitte ergänzen Sie wo / welche genau)

- Blutzuckerkrankheit _____
- Magenerkrankung _____
- Tumorerkrankung _____
- Nierenerkrankung _____
- Leberkrankheit _____
- Hautkrankheit _____
- Fettstoffwechselstörung _____
- Gicht _____
- Gelenk-Rheuma _____
- Bluthochdruck _____
- Infektionskrankheiten _____
- Asthma / COPD _____



- Herzkrankheit _____
- Psychische Erkrankung _____
- Andere Vorerkrankung _____

Wurden Sie schon einmal operiert? ja nein

Falls ja, welche Operationen und in welchem Jahr?

3. Allergien

Leiden Sie unter Allergien? ja nein

Wenn ja, an welchen?

4. Medikamente

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

5. Erkrankungen in der Familie

Welche schwerwiegenden Erkrankungen liegen in Ihrer Familie vor?

_____ Vater Mutter Geschwister

_____ Vater Mutter Geschwister

6. Röntgenaufnahmen

Wurden von Ihnen innerhalb des letzten Jahres Röntgenaufnahmen gemacht? ja nein

Wenn ja, von welchem Organ / Körperteil? _____

7. Impfungen

Sind Sie geimpft? ja nein

Wenn ja, welche Impfungen?

- Tetanus Diphtherie Polio/IPV FSME/Zecken
 Hepatitis A Hepatitis B MMR Sonstige: _____

Besitzen Sie einen Impfpass? ja nein

8. Frühere Befunde

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

9. Erinnerung / Recall wichtiger Gesundheitstermine

Viele Patienten vergessen rechtzeitig an wichtige Gesundheitstermine zu denken. Auf Wunsch erinnern wir Sie daher an wichtige Gesundheitstermine. Sie entscheiden selbst, ob Sie den Termin wahrnehmen möchten.

ja nein Ich möchte unverbindlich an Termine erinnert werden

Für eine Erinnerung an Impfungen benötigen wir Ihren aktuellen Impfpass. Legen Sie Ihren Impfpass bitte bei Gelegenheit in der Praxis vor. Wir kontrollieren Ihren Impfpass, vermerken die Auffrischungstermine und beraten Sie über fehlende Impfungen.

10. Grund Ihres heutigen Praxisbesuchs

- akute Erkrankung chronische Erkrankung Vorsorge (Untersuchung/Impfung)
 Schmerzen

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden:

Seit wann haben Sie die Beschwerden und wann treten Sie auf?

- seit heute seit gestern seit ein paar Tagen seit einigen Wochen
 seit Monaten seit Jahren von Geburt an

Saarlouis, den _____
Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters

Herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen.

Ihr Praxisteam der Praxis Baier-Thönes