

## Anamnesebogen • Hausarztpraxis Kaja Selig

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns Sie in unserer Hausarztpraxis in Hittfeld begrüßen zu dürfen. Um Sie bestmöglich beraten zu können, bitten wir Sie diesen Fragebogen ausfüllen.

### **Persönliche Daten**

**Vorname, Nachname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Handy:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Wurde Ihnen aktuell ein Grad der Schwerbehinderung bewilligt: \_\_\_\_\_ %

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzschwäche  | <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette       |
| <input type="checkbox"/> Thrombose                | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> KHK / Herzinfarkt       |
| <input type="checkbox"/> Operationen              | <input type="checkbox"/> Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> Baucherkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen        | <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen       | <input type="checkbox"/> Hautkrebs     |  |

Wenn „Ja“, welche: \_\_\_\_\_

Andere, nicht aufgeführte: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein? (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis)

| 1. | Medikament | Morgens | Mittags | Abends |
|----|------------|---------|---------|--------|
| 2. |            |         |         |        |
| 3. |            |         |         |        |
| 4. |            |         |         |        |
| 5. |            |         |         |        |

## Wichtig!

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?

Allergien:  Ja  Nein Wenn „Ja“, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Impfausweis/ wann wurden Sie zuletzt geimpft, gegen:

Tetanus: \_\_\_\_\_ Diphtherie: \_\_\_\_\_ Keuchhusten: \_\_\_\_\_ Pneumokokken: \_\_\_\_\_  
Masern: \_\_\_\_\_ andere: \_\_\_\_\_

**Bitte ggf. zum nächstmöglichen Termin den Impfausweis mitbringen!**

## Weitere Informationen

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Gewichtzu-/abnahme in den letzten 6 Monaten?  Ja (bewusst/unbewusst?)  Nein

Rauchen:  Ja  Nein

Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich: \_\_\_\_\_ Seit wann: \_\_\_\_\_

Haben Sie früher mal geraucht? Wann: \_\_\_\_\_

Freizeitaktivitäten/ Sport: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand:  mit Partner lebend  Kinder im Haus  berentet  allein stehend

Wurden bei Ihnen folgende Untersuchungen durchgeführt? Wenn ja, wann zuletzt?

Augenkontrolle am: \_\_\_\_\_  ohne Befund  Netzhautschäden

Darmspiegelung am: \_\_\_\_\_ Herzkatheter am: \_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt:

Herzinfarkt  Diabetes  Bluthochdruck  Schlaganfall  Krebserkrankungen

Durchblutungsstörung der Beine