

ANAMNESEBOGEN



DIE HAUSÄRZTINNEN

PRAXIS SOLLWECK & FISCHER PartGmbH
FACHÄRZTINNEN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
LINDAU AM BODENSEE

Persönliche Daten:

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Handy:		Telefon:	
Anschrift:			
Email:			
Beruf:		Rente:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Größe: cm

Gewicht: kg

Letzter Hausarzt:

Haben Sie einen Pflegegrad? Falls ja welchen?

Grad der Behinderung (GdB)? Falls ja welchen?

Rauchen Sie? ja nein Falls ja: wie viele Zigaretten pro Tag?

Seit wie vielen Jahren?

Trinken Sie Alkohol? täglich gelegentlich selten nie

Treiben Sie Sport? täglich gelegentlich selten nie

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzschwäche |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> koronare Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z.B. COPD/Asthma) | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Baucherkrankungen/Lebererkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen) | |
| <input type="checkbox"/> Thrombose/Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen: | | |

Operationen?

Sind in der erstgradig verwandten Familie chronische Erkrankungen aufgetreten?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Schlaganfall (vor dem 65. Lebensjahr) | |
| <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung (Diabetes mellitus) | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | |

Nehmen Sie an einem DMP-Programm (Disease Management Programm) teil?

KHK Diabetes Asthma COPD Osteoporose

Haben Sie Allergien? Unverträglichkeiten? ja bisher keine bekannt

Falls ja, welche?

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?

Check-Up (alle 3 Jahre)

Darmspiegelung (Koloskopie)

Hautkrebsvorsorge (alle 2 Jahre)

Vorsorge beim Frauenarzt/Urologen

Haben Sie

- einen Impfpass? ja nein
- eine Patientenverfügung? ja nein
- eine Vorsorgevollmacht? ja nein
- einen Organspendeausweis? ja nein

Wir beraten Sie gerne bei Fragen diesbezüglich, sprechen Sie uns an!

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Falls vorhanden, bringen Sie uns bitte Ihren **Medikamentenplan** und **Impfausweis** zum nächsten Termin mit!

Datum

Unterschrift