

## ANAMNESEBOGEN

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall            |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen         | <input type="checkbox"/> Operationen        | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette        | <input type="checkbox"/> Baucherkrankungen  | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck      | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen        |

Wenn "Ja", welche: \_\_\_\_\_

Andere, nicht aufgeführte: \_\_\_\_\_

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

Ja

Nein

Wenn "Ja", an welchem:

KHK

Asthma

COPD

Diabetes

Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein ?

Medikament	morgens	mittags	abends

Haben Sie Allergien? (insbesondere Medikamente)

Allergien:

JA

NEIN

Wenn "Ja", welche: \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Wann wurden Sie zuletzt geimpft?

Tetanus \_\_\_\_\_

Pneumokokken \_\_\_\_\_

Diphtherie \_\_\_\_\_

Masern \_\_\_\_\_

Keuchhusten \_\_\_\_\_

Gürtelrose \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Check - up ( Gesundheitsuntersuchung) \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letztes Hautkrebsscreening? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Aufklärung zur Organspende? \_\_\_\_\_ noch nie

Möchten Sie Ihre Versichertenkarte mit Notfalldaten befüllen?

Nein

Ja

Notfallkontakt:

Name/ Telefonnummer/ Bezug

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?  JA, wann? \_\_\_\_\_  Nein

Hatten Sie schon einmal eine Magenspiegelung?  JA, wann? \_\_\_\_\_  Nein

Rauchen Sie?  JA, wie viele Zigaretten täglich: \_\_\_\_\_  Nein

Trinken Sie Alkohol?  JA, wie viel / häufig: \_\_\_\_\_  Nein

---

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

Gefäßerkrankungen

Herzerkrankungen: \_\_\_\_\_

Bluthochdruck

Krebserkrankungen: \_\_\_\_\_

Hauterkrankungen

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_

Schlaganfall

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

in Rente

Wohnsituation:  mit Partner/in lebend  Kinder im Haus  alleinstehend

Haben Sie einen Pflegegrad?

Ja, welchen? \_\_\_\_\_

Nein

---

Ernährung:

mischköstlich

vegan

vegetarisch

---

Was ist Ihr Anliegen an uns:

Hausärztliche Betreuung

Zweitmeinung

Infusionstherapie

Ernährungsberatung

Vitalstoffberatung

Andere: \_\_\_\_\_

---

Haben Sie aktuell Beschwerden?

---

Datum

---

Unterschrift