

Praxis Olga Weber

FÄ Allgemeinmedizin

Ernährungsmedizin/Präventive Medizin

Charles-Roß-Ring 42

24106 Kiel

www.allgemeinmedizin-weber.de

Telefon: 0431 333 500

ANAMNESEBOGEN

Name _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail _____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

☐ Diabetes

☐ Lungenerkrankungen

☐ Schlaganfall

☐ Herzerkrankungen

☐ Operationen

☐ Krebserkrankungen

☐ erhöhte Blutfette

☐ Baucherkrankungen

☐ Psychische Erkrankungen

☐ Schilddrüsenerkrankungen

☐ Bluthochdruck

☐ 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

☐ Schlaganfall

☐ Autoimmunerkrankungen: _____

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