



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich willkommen im Hausarztzentrum am Metznerpark. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Stadt: _____

Beruf: _____

Tel. (privat): _____ **Tel. (geschäftlich):** _____

E-Mail: _____

Kontaktperson (im Notfall zu verständigen):

Patientenverfügung: Nein / Ja

Vorsorgevollmacht: Nein / Ja

Minderung der Erwerbsfähigkeit (%): _____

Grad der Behinderung: _____

Pflegestufe: _____

Aktuelle Beschwerden:

Vorerkrankungen:

- Herzerkrankungen Nein / Ja
- Bluthochdruck Nein / Ja
- Diabetes Nein / Ja
- Fettstoffwechselstörungen Nein / Ja
- Schilddrüsenerkrankungen Nein / Ja
- Lungenerkrankungen Nein / Ja
- Nierenerkrankungen Nein / Ja
- Lebererkrankungen Nein / Ja
- Magenerkrankungen Nein / Ja
- Hauterkrankungen Nein / Ja
- Gelenk-/ Rheumatologische Erkrankungen Nein / Ja
- Neurologische Erkrankungen Nein / Ja
- Psychische Erkrankung Nein / Ja
- Infektionserkrankungen Nein / Ja

Wenn ja, welche: _____

Tumorerkrankungen Nein / Ja

Wenn ja, welche: _____

Sonstige Erkrankungen

Wenn ja, welche: _____

Nikotin Nein / Ja

Alkohol Nein / Ja

Operationen: Nein / Ja

wenn ja, welche, wann, wo: _____

Allergien:

Medikamente Nein / Ja

Wenn ja, welche: _____

Nahrungsmittel Nein / Ja

Wenn ja, welche: _____

Familienvorgeschichte:

- Bluthochdruck Nein / Ja
- Blutzuckerkrankheit Nein / Ja
- Fettstoffwechsel Nein / Ja
- Herzinfarkt Nein / Ja
- Asthma Nein / Ja
- Tumorerkrankungen Nein / Ja

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein / Ja

Wenn ja, welche:

Körpergröße (in cm): _____

Gewicht (in kg): _____

Wann war der letzte Check-up? _____

Wann war die letzte Krebsvorsorge (Hautkrebscreening, Mammographie, Test auf Blut im Stuhl, Vorsorgekoloskopie etc.)?

Impfausweis vorhanden?

Nein / Ja

Ich lege besonderen Wert auf:

Hier ist Platz für Ihre Fragen an uns:

Uns interessiert es, wie Sie zu uns kamen: durch Empfehlung / Internet / sonstiges:

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Angaben sind alle freiwillig und werden von uns streng vertraulich behandelt. Sie können natürlich die Einwilligung zur Datenerhebung jederzeit widerrufen.

Ihr Praxisteam