

Praxis Dr. von der Hülst & Sandru

Bismarckstrasse 53

76571 Gaggenau

07225-3208

Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit

an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose o. Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Operationen/ Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel: Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja
- Wenn ja, gegen welche?
- Andere Allergien?

Größe: (cm) Gewicht: (kg)

Haben Sie in den **letzten 6 Monaten** stark zu- oder abgenommen? Nein zu ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....
.....
.....
.....
.....

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Durchblutungsstörungen der Beine | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Thrombose o. Lungenembolie | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Sozialanamnese

Familienstand: Kinder:

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Weiterhin bitten wir Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Bitte denken Sie bei Ihrem Termin auch daran Ihre Versicherungskarte mitzubringen.

Danke für Ihre Mühe. Bitte geben Sie **diesen Fragebogen** bei Ihrem Termin in der Praxis ab alternativ können Sie ihn uns vorab zumailen/ -senden. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Gaggenau, den _____ Unterschrift: _____