

Hausarztpraxis Dr. Gloser Quedlinburg

Erstvorstellung – Anamnesebogen

Datum:

Patientendaten

Vorname

---

Nachname

---

Geburtsdatum

---

Größe

---

Gewicht

---

Bisheriger Hausarzt

---

Grund für Wechsel

---

Leiden/litten Sie an diesen Erkrankungen (bitte ankreuzen):

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung (Cholesterin)	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall / Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>
Thrombose / Lungenembolie	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen (Depression, Psychosen)	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

---

Operationen – Wurden Sie bereits einmal operiert? Woran und wann?

---

---

---

Familie – Sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen aufgetreten (bitte ankreuzen):

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall / Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen (Depression, Psychosen)	<input type="checkbox"/>

Vorsorgeuntersuchungen – welche wurden wann durchgeführt:

Check-up 35: \_\_\_\_\_ Hautkrebs: \_\_\_\_\_

Darmspiegelung: \_\_\_\_\_

Allgemeine Fragen:

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten – auch gegen Medikamente? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie (seit wann, wie viel)? \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig oder gelegentlich Alkohol? \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal Stimmungsaufheller oder Drogen genommen? \_\_\_\_\_

Sozialanamnese

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

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

Derzeit ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Falls arbeitslos, seit wann: \_\_\_\_\_

Falls Ruhestand, seit wann: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Freizeitaktivitäten/Sport: \_\_\_\_\_

Unterschrift:

Hinweis: Um Sie gut betreuen zu können und wichtige Zusammenhänge von Erkrankungen zu erkennen, benötigen wir von Ihnen diese Angaben.

Vielen Dank, dass Sie den Fragebogen ausgefüllt haben. Er wird Teil der Patientenakte und unterliegt dem Datenschutz.