

ANAMNESEBOGEN



HAUSARZT
Oliver Ehrich-Norkus

Sehr geehrte(r) Patient(in),

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis. Wir möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und unsere gesamte Kompetenz widmen. Um Ihnen bei Ihren Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus! Besprechen Sie offene Fragen – falls erforderlich – mit Ihren Angehörigen. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

PERSÖNLICHE DATEN:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Familienstand: verheiratet verwitwet ledig in Beziehung lebend

Kinder: _____ Beruf: _____

Kontaktdaten: _____

Telefon / Handy: _____

Mail: _____

GESUNDHEITSFragen

Größe: __, __ m

Gewicht: __ kg

Allergien: nein ja Wenn ja, welche? _____

Arzneimittelunverträglichkeit: nein ja Wenn ja, welche? _____

Ernährung: Mischkost vegetarisch vegan

ANAMNESEBOGEN



HAUSARZT
Oliver Ehrich-Norkus

Eigene Erkrankungen/Operationen:

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Herzrhythmusstörung | <input type="radio"/> Nierenschwäche | <input type="radio"/> Thrombose |
| <input type="radio"/> Lungenembolie | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> Grauer Star |
| <input type="radio"/> Grüner Star | <input type="radio"/> Schilddrüse | <input type="radio"/> Lebererkrankung |

Psychische Erkrankung(en): _____

Andere Erkrankungen _____

Infektionskrankheiten: _____

Krebserkrankung(en): _____

Operationen: Schilddrüse Blinddarm Gallenblase
 andere: _____

Welche Fachärzte besuchen sie regelmäßig?

- | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Kardiologe | <input type="radio"/> Orthopäde | <input type="radio"/> Nephrologie | <input type="radio"/> Endokrinologe | <input type="radio"/> Diabetologie |
| <input type="radio"/> Augenarzt | <input type="radio"/> Urologe | <input type="radio"/> Gynäkologie | <input type="radio"/> andere _____ | |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig in welcher Dosierung ein?

| | Präparat | Dosis | | Präparat | Dosis |
|---|----------|-------|----|----------|-------|
| 1 | | | 6 | | |
| 2 | | | 7 | | |
| 3 | | | 8 | | |
| 4 | | | 9 | | |
| 5 | | | 10 | | |

ANAMNESEBOGEN



HAUSARZT
Oliver Ehrich-Norkus

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie:

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Masern | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Windpocken/Feuchtblattern/Wasserpocken | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Keuchhusten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Mumps/Ziegenpeter | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Scharlach | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Röteln | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Vorsorge:

Haben Sie einen kompletten Impfschutz? ja nein

Bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit!

Letzte Vorsorge-Untersuchung (Check Up 35 o.ä.)? _____

Letzte Hautkrebs-Vorsorge? _____

Letzte Darmkrebs-Vorsorge? _____

Letzte Prostatakrebs-Vorsorge (falls zutreffend)? _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

Sportart(en): _____ h/Wo.

Familiäre Erkrankungen (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante):

Herzkrankheit/Herzinfarkt ja bei wem? _____

Blutzuckerkrankheit ja bei wem? _____

Schlaganfall ja bei wem? _____

Krebserkrankung ja bei wem? _____

Welche Art? _____

(Wenn möglich, bitte immer das Alter bei Erkrankungsbeginn angeben!)

ANAMNESEBOGEN



HAUSARZT
Oliver Ehrich-Norkus

Nikotin- und Alkoholkonsum:

Rauchen Sie? ja nein
Haben Sie mal regelmäßig geraucht? ja nein
Wenn ja, wie viel? _____ Zigaretten Pfeifen Zigarren pro Tag
über/seit _____ Jahre(n)

Trinken Sie Alkohol? ja nein
Wenn ja, Bier: täglich wöchentlich gelegentlich Menge: _____
Wein: täglich wöchentlich gelegentlich Menge: _____
Spirituosen: täglich wöchentlich gelegentlich Menge: _____

Konsumieren Sie Drogen? ja nein Wenn ja, welche? _____
Haben Sie Drogen konsumiert? ja nein Wenn ja, welche? _____

Information:

Unsere Praxis plant zukünftig die Einführung eines Recall-Systems. **Wünschen Sie in diesem Rahmen über Vorsorgetermine, anstehende Impfungen und Neuigkeiten zur Praxis (z.B. geänderte Öffnungszeiten, Urlaub, Gesundheitsangebote etc.) informiert zu werden?**

Per Email ja nein
Per Telefon ja nein

Daum _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Ihr Praxisteam von der
Hausarztpraxis Ehrich-Norkus