

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Familienstand: _____ Beruf: _____

Hobbys: _____ Größe/Gewicht: _____ cm _____ kg

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Sind Sie Raucher? ja nein Seit wann? _____ wieviel? _____ tgl.

Sind Sie Autofahrer? ja nein Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Leiden Sie an Allergien? ja nein

Welche? _____

Haben Sie eine Medikamenten-Allergie? ja nein

Welche? _____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Keine ja Rheuma/Gicht ja

Cholesterinwerte zu hoch ja Asthma/chron. Bronchitis ja

Blutungsneigung ja Krampfanfälle ja

Bluthochdruck ja Magenerkrankungen ja

Herzkrankungen/Herzinfarkt ja Hepatitis ja

Schlaganfall ja Lebererkrankungen ja

Thrombose ja Chron. Darmerkrankungen ja

KHK ja Darmkrebs ja

Schilddrüsenerkrankungen ja Arthrose ja

Migräne ja Diabetes mellitus ja

Krebs ja Welcher Diabetes-Typ? _____

Welche Art von Krebs? _____ Seit wann bekannt? _____

Name, Vorname: _____

Welche Medikamente nehmen Sie?

Bitte tragen Sie Ihre Medikamente mit Ihrer Dosis und dem Zeitpunkt der Einnahme in die Tabelle ein und/oder bringen Sie einen aktuellen Medikamentenplan Ihres Hausarztes mit.

Name des Medikamentes	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Welche **Erkrankungen** sind in **Ihrer Familie** bekannt?

- | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|
| Diabetes mellitus | ja <input type="checkbox"/> | Herzerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck | ja <input type="checkbox"/> | erhöhte Blutfette | ja <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | ja <input type="checkbox"/> | Krebsleiden | ja <input type="checkbox"/> |

Nehmen Sie am DMP Programm Diabetes oder KHK teil? _____

Aktuelle Beschwerden? _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen dieser Praxis meine Daten offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.
Alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Ärzte übermittelt werden.
Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich von der Praxis schriftlich, telefonisch oder per E-Mail kontaktiert werde.

Datum und Unterschrift