

Anamnesebogen

Datum ____ . ____ . ____

Um Sie möglichst umfassend medizinisch betreuen zu können, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Vorgeschichte.

Selbstverständlich werden Ihre **freiwilligen** Angaben streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des StGB sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Name, Vorname (ggf. Titel) _____ geborene _____

Geburtsdatum ____ . ____ . ____ Anzahl der Kinder _____ Fam.stand _____ Nationalität _____

Telefon _____ Tel. geschäftlich _____ Mobil _____

Beruf / Arbeitgeber _____
(Angabe im Fall eines
BG-Unfalles notwendig) _____

Berufsbelastung: Schichtdienst Lärm Staub Hitze Gefahrstoffkontakt _____

berentet seit _____ vorzeitig berentet wegen _____ arbeitslos seit _____

Im Notfall zu kontaktierende
Angehörige (Name / Tel.) _____
ggf. Verwandtschaftsgrad _____

Regelmäßig mitbetreuende
Fachärzte (z.B. Kardiologe,
Diabetologe, Rheumatologe) _____

Vorerkrankungen

• Chronische Erkrankungen _____
(z.B. Diabetes, Bluthochdruck,
Schilddrüsenerkr., Asthma) _____

• Andere schwere Erkrankungen _____
(z.B. Schlaganfall 2005,
seitdem Beinschwäche links) _____

• Krebserkrankungen mit Jahres-
zahl (z.B. Darmkrebs 2010,
seitdem künstl. Darmausgang) _____

• Chronische Infektion (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose) _____

Name _____

• Größere Operationen, ggf. _____
 mit Jahresangabe (z.B. _____
 Blinddarmentfernung als Kind) _____

• Implantierte Fremdkörper (z.B. Hüft- _____
 endoprothese, Herzschrittmacher, _____
 Port nach Chemotherapie) _____

• In der Familie vorkommende _____
 chronische/schwere Erkrankungen _____

• Bekannte Allergien (z.B. gegen _____
 Medikamente, Kontrastmittel, _____
 Pflaster) _____

Dauermedikation (auch regelmäßige Schlafmittel, Depotspritzen, Schmerzpflaster etc. berücksichtigen)

z.B. ASS 100 mg 1 - 0 - 0 - 0 (morgens – mittags – nachmittags – abends)

Größe _____ cm, Gewicht _____ kg, regelmäßige Blutspende ja nein

Regelmäßiger Nikotinkonsum _____ pro Tag, früherer Nikotinkonsum bis _____

Regelmäßiger Alkoholkonsum _____ pro Woche, riskanter Alkoholkonsum bis _____

Drogenkonsum regelmäßig gelegentlich früherer regelmäßiger Drogenkonsum

Regelmäßig sportliche Aktivität _____ Std. pro Woche, _____ (Sportarten)

Spezielle Ernährung (z.B. vegetarisch, Unverträglichkeit) _____

Impfstatus: Jahr der letzten Impfung _____, ab dem 60.Lj. einmalig gegen Pneumokokken ja nein
 regelmäßig jährliche Grippeimpfung ja nein

Zustand nach Milzentfernung ja nein

***Wir bedanken uns herzlich für Ihre Angaben, noch offene Fragen klären wir gerne im persönlichen Gespräch.
 Ihr Praxisteam***