

Aamnesebogen

Hausarztpraxis Dobernitz - Für Ihre Gesundheit



Liebe Patientinnen und Patienten!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen zu unserer Unterstützung aus. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich gerne an eine unserer Mitarbeiter/innen. Vielen Dank!

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Beruf:

Familienstand:

Kinder:

Größe: cm **Gewicht:** kg

Wen können wir im Notfall kontaktieren? (Name /Telefon)

Leiden Sie oder jemand aus Ihrer Familie an einer der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	ja	nein	familiär
Herzkrankheit	ja	nein	familiär
Zuckerkrankheit	ja	nein	familiär
Nierenerkrankung	ja	nein	familiär
Fettstoffwechselstörung (Cholesterin)	ja	nein	familiär
Krebserkrankung	ja	nein	familiär
Magenerkrankung	ja	nein	familiär
Harnsäurestoffwechselstörung/Gicht	ja	nein	familiär
Gelenkerkrankung/Rheuma	ja	nein	familiär
Hautkrankheit	ja	nein	familiär
Leberentzündung (Hepatitis)	ja	nein	familiär
Asthma /Chronische Bronchitis	ja	nein	familiär
Psychische Erkrankung (Welche?)	ja	nein	familiär

Schilddrüsenerkrankung	ja	nein	familiär
Anfallsleiden/Epilepsie	ja	nein	familiär
Allergien	ja	nein	familiär
Wenn ja, welche?			

Rauchen Sie?	ja	nein	früher
Wenn ja, wie viel am Tag:	Seit wievielen Jahren?		

Trinken Sie Alkohol?	nie	gelegentlich	täglich
-----------------------------	-----	--------------	---------

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?	ja	nein
Wenn ja, Grad der Behinderung: %		

Besitzen Sie einen Impfausweis?	ja	nein
Bitte bringen sie diesen beim nächsten Mal mit.		

Wurde bei Ihnen ein Pflegegrad festgestellt?	ja	nein			
Wenn ja, welcher:	1	2	3	4	5

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt?	ja	nein
Wenn ja, welche:		

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Bitte nennen Sie uns hier auch die Präparate, die Sie ohne ärztliches Rezept oder nur gelegentlich einnehmen (z.B. Vitamine, Abführmittel, Kopfschmerztabletten o.Ä.)

Bei welchen anderen Ärzten sind / waren Sie in Behandlung?
(z.B. Augenarzt, Orthopäde, (ehem.) Hausarzt)

Mit welchen Beschwerden kommen Sie heute zu uns? Was können wir für Sie tun?

NUR FÜR FRAUEN

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	ja	nein
Geburten?	ja	nein
Wenn ja, wann:		

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch niedergelassene Ärzte (Kassenarzt)
- durch Bekannte / Verwandte
- durch das Internet
- durch Flyer
- Sonstiges

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter

FÜR IHRE GESUNDHEIT



HAUSARZTPRAXIS
DOBERNITZ