

Anamnesebogen
Hausarztpraxis Dr. med. Annette Babrikowski

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: _____

Geburtsdat.: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Familienst.: _____

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	☐ 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:

Trinken Sie Alkohol?

☐ nie

☐ gelegentlich

☐ täglich

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, Grad der Behinderung: %

Merkzeichen (z.B. G, aG):

☐

Besitzen Sie einen Impfausweis?

☐ ja

☐ nein

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit. Wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

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)

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Wir sind eine **Terminpraxis**! Bitte vereinbaren Sie zu jedem Arztbesuch einen Termin.

Wenn Sie diesen nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 Stunden vorher ab.

Bitte beachten Sie, dass wir Sie ohne Termin nur bei akuten Beschwerden behandeln können.

In diesem Fall rufen Sie bitte zu Beginn der Sprechstunde kurz an, damit wir Sie einplanen können oder stellen Sie sich frühstmöglich während der Sprechzeit vor.

Patienten ohne Termin müssen längere Wartezeiten in Kauf nehmen. Bitte vereinbaren Sie auch Termine für geplante Laboruntersuchungen. Sie erreichen die Praxis telefonisch immer zu den genannten Sprechzeiten.