

Anamnesebogen



Dr. med. Elisabeth Seidel
— Praxis für Allgemeinmedizin —

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer allgemeinmedizinischen Praxis. Um Sie optimal beraten und behandeln zu können, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten, sofern Ihnen dies möglich ist.

Name, Vorname, Geb. Datum _____

Adresse _____

Telefon privat/mobil _____

Beruf / Tätigkeit _____

Haben Sie eine Patientenvollmacht Vorsorgevollmacht Organspendeausweis?

Haben Sie Allergien? ja nein Wenn ja, welche? _____

Medikamentenunverträglichkeit? ja nein Wenn ja, welche? _____

Trinken Sie Alkohol? nie selten mehrfach die Woche täglich
 Bier Wein _____

Rauchen Sie? ja, seit _____ Jahren nein aufgehört seit _____
Was _____ Wie viel pro Tag _____

Treiben Sie Sport? ja nein
Wenn ja, welchen wie oft? _____

Hatten Sie jemals Operationen Bestrahlung Chemotherapie? Wenn ja, welche?

Wurde bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann und bei wem? _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen / Infektionen?

- Bluthochdruck KHK Herzrhythmusstörungen Herzinfarkt Schlaganfall
- Thrombose Lebererkrankung Nierenerkrankung Asthma COPD
- Tuberkulose Seelische Beschwerden Schilddrüsenerkrankungen Reizdarm
- Diabetes mellitus Krampfanfälle Migräne chronische Infektionen Rheuma
- Arthrose Osteoporose Krebserkrankungen Grüner Star Blutungsneigung
- Hepatitis Masern Mumps Röteln Keuchhusten Windpocken

Sonstige: _____

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Krankheiten auf?

- Bluthochdruck Herzerkrankungen Diabetes mellitus Thrombose Asthma
 COPD Demenz Krebserkrankungen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche? (auch Augentropfen, Salben...)

| Medikament | Dosierung | Morgens | Mittags | Abends | Nachts |
|------------|-----------|---------|---------|--------|--------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Macht es Ihnen etwas aus, diese Medikamente zu nehmen? ja nein teilweise

Vergessen Sie manchmal, diese Medikamente zu nehmen? ja nein manchmal

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel, homöopathische oder pflanzliche Medikamente ein? Wenn ja welche?

| Medikament | Dosierung | Morgens | Mittags | Abends | Nachts |
|------------|-----------|---------|---------|--------|--------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Bei welchen weiteren Ärzten sind sie in Behandlung?

| Name | Ort | Fachgebiet |
|------|-----|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Kontakt zur Praxis /Empfehlung durch: _____

- Arzt Familie Bekannte Zeitung Internet Homepage _____

Dürfen wir Sie über anstehende Impfungen informieren? ja nein

Dürfen wir Sie über anstehende Vorsorgeuntersuchungen informieren? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift