

Dokument

Ziel 1 (Kernziel)

Praxis Dr. Grotjohann

Anamnesebogen

1.2.1 (1) DOK

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrer Arzt-Konsultation aus.

Sollten Ihnen einige Fragen unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name des Patienten:		Geburtsdatum:
Größe in cm:	Gewicht in kg:	Beruf:
Email:	Tel.-Nr.:	

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes Mellitus	☐	Bluthochdruck	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	Angina Pectoris	☐
Lebererkrankung	☐	Sonstige Herzerkrankungen	☐
Nierenerkrankung	☐	Durchblutungsstörungen	☐
Erhöhte Blutfettwerte	☐	Krampfadern	☐
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	☐	Krebserkrankung	☐
Gelenk- Rheuma	☐	HIV/ AIDS	☐
Asthma	☐	Hauterkrankungen	☐
Psychische Erkrankungen	☐	Anfallsleiden	☐
Augenerkrankungen(grauer Star)	☐	Tuberkulose	☐
Sonstige Erkrankungen:			
Leiden oder litten ihre Eltern, Geschwister oder Großeltern unter einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes Mellitus	☐	Bluthochdruck	☐
Herzinfarkt	☐	Fettstoffwechselstörung	☐
Asthma	☐	Krebs	☐
Schlaganfall	☐	Gefäßerkrankungen	☐
Rauchen Sie?			
ja	☐	nein	☐
Ca. Anzahl/Tag			
Trinken Sie Alkohol?			
gelegentlich	☐	nein	☐

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:
Ja	Nein	1.
		2.
		3.
		4.
		5.
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:
Ja	Nein	1.
		2.
		3.
Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:
Ja	Nein	1.
		2.
		3.
		4.
		5.
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?		
1.		2.
3.		4.
Aktuelle Beschwerden:		

Sind Sie an Selbstzahler-Leistungen und / oder Naturheilverfahren interessiert?		
Ja	Nein	

Wie haben Sie von uns erfahren?		
Empfehlung:	Internet:	Sonstiges:

Datum:

Unterschrift des Patienten: