



Praxis Dänischenhagen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

wenn Sie noch kein Patient unserer Praxis sind, bitten wir Sie, den Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen und ihn unseren Praxismitarbeitern auszuhändigen. Dies vereinfacht unsere Behandlungsabläufe und spart Ihnen und uns Zeit.

Vielen Dank

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geschlecht w m
 Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
 Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
 Fax _____ E-Mail _____
 Beruf _____ Arbeitgeber _____

Akute Beschwerden

Haben Sie derzeit akute Beschwerden? nein ja
 Wenn ja, welche und seit wann? _____
 Wurden diese Beschwerden schon behandelt? nein ja

Allgemeine Angaben

Körpergröße _____ Körpergewicht _____
 Gewichtszunahme in letzter Zeit? nein ja Gewichtsabnahme in letzter Zeit? nein ja
 Treiben Sie Sport? nein ja gelegentlich
 Wenn ja, welchen und wie oft?
 Rauchen Sie? nein ja Wenn ja, wie viele Zigaretten/welche Tabakmenge pro Tag? _____
 Trinken Sie Alkohol? nein ja Wenn ja, was und wie viel pro Tag? _____
 Nehmen Sie Drogen? nein ja Wenn ja, welche und wie oft? _____
 Haben Sie Stress? nein ja gelegentlich
 Wenn ja, seit wann und in welcher Situation? _____
 Besteht eine Schwangerschaft? nein ja Wenn ja, in welchem Monat? _____
 Nehmen Sie die Pille? nein ja
 Nehmen Sie Medikamente? nein ja gelegentlich
 Wenn ja, welche? _____
 Nehmen Sie Vitamin-/Mineralpräparate? nein ja gelegentlich
 Wenn ja, welche und wie häufig? _____
 Nehmen Sie Aufputsch-/Beruhigungsmittel? nein ja Wenn ja, welche und wie häufig? _____
 Nehmen Sie Abführmittel? nein ja gelegentlich
 Nehmen Sie Naturheilmittel? nein ja gelegentlich
 Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? nein ja Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

ANAMNESEBOGEN



Sind Sie geimpft gegen ...

Masern	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gripeschutzimpfung (Influenza)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Röteln	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hepatitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Windpocken	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Tetanus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mumps	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Scharlach	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Polio	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Zecken (FSME)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Diphtherie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sonstige	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wenn ja, welche? _____

Allergien/ Unverträglichkeiten/ Hauterkrankungen/ Juckreiz

Sind Sie allergisch gegen Gräserpollen, Staub und/oder Tierhaare? nein ja
 Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegen Nahrungsmittel (z.B. Nüsse, Kuhmilch, Hühnereiweiß)? nein ja
 Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegen Medikamente? nein ja
 Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegen Insektenstiche (z.B. Bienen, Wespen)? nein ja
 Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegen Nickel, Chrom, Latex und/oder Parfüm? nein ja
 Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter allergischem Asthma? nein ja Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja

Sind folgende Vorerkrankungen bei Ihnen bekannt?

Innere Organe

Erkrankungen der Lunge? nein ja Wenn ja, welche? _____

Chronische Erkrankungen der Atemwege (z.B. Husten, Asthma, COPD)? nein ja

Erkrankungen der Niere? nein ja Wenn ja, welche? _____

Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes? nein ja Wenn ja, welche? _____

Erkrankungen der Leber/Galle? nein ja Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen innerer Organe? nein ja Wenn ja, welche? _____

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie) nein ja Blutarmut (Anämie) nein ja

Leukämie nein ja Sonstige Bluterkrankungen? _____

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) nein ja Herzklappenersatz/Herzfehler nein ja

Unregelmäßiger Herzschlag nein ja Hoher Blutdruck nein ja

Herzasthma, Angina Pectoris nein ja Niedriger Blutdruck nein ja

Herzschrittmacher nein ja Herzinfarkt nein ja

Sonstige Herz- und Kreislauferkrankungen? _____



Hormon- und Stoffwechselerkrankungen

Schilddrüsenerkrankung nein ja Zuckerkrankheit (Diabetes) nein ja
 Fettstoffwechselstörung nein ja
 Sonstige Hormon- und Stoffwechselerkrankungen? _____

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle nein ja Krämpfe nein ja
 Psychosomatische Erkrankungen nein ja Ohnmachtsanfälle nein ja
 Sonstige Erkrankungen des Nervensystems? _____
 Sonstige Vorerkrankungen? _____

Röntgen

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? _____ Was wurde geröntgt? _____

Erkrankungen in der Familie

Welche Erkrankungen liegen in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern) vor?

Herz- Kreislauf-Erkrankungen nein ja Stoffwechselerkrankungen (z.B.Diabetes) nein ja
 Schlaganfall nein ja Krebs nein ja
 Erbkrankheiten nein ja Sonstige Erkrankungen? _____

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung? nein ja
 Hausarzt / Heilpraktiker _____ Facharzt _____
 Straße / Nr. _____ Straße / Nr. _____
 Postleitzahl / Ort _____ Postleitzahl / Ort _____
 Telefon _____ Telefon _____
 E-Mail _____ E-Mail _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
 Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
 Fax _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse zusatzversichert
 vollversichert Standardtarif (1,7fach) Anspruch auf Beihilfe

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von andere Quelle

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.praxis-daenischenhagen.de? nein ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____
 Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer allgemeinärztlichen Praxis? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____