

# Formblatt Anamnesebogen

Achten Sie auf Ihre Gesundheit - Wir tun es auch



Rev : 03 / Stand: 05.05.2020 (DT 05.05.2020)

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>Wohnort:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsort:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	

Sind Sie in einem Hausarztmodell (HzV) eingeschrieben? Ja  nein

## Allergien:

Sind Sie gegen etwas allergisch?  Ja  Nein

Falls ja:

Medikamente  Nahrungsmittel  Kosmetika  Metalle

Gegen Welche Stoffe genau?

---

## Krankheitsgeschichte:

Welche **Operationen** wurden bei Ihnen **WANN** durchgeführt?

---

---

## Welche chron. Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Diabetes mellitus  Bluthochdruck

erhöhtes Cholesterin  Schilddrüsenerkrankung

Weiteres:

---

Welche **Medikamente** nehmen Sie zurzeit ein? Auch vom **Facharzt** verordnet!

---

---

---

## Spezialistenbehandlung (Facharzt):

---

---

Bitte wenden 

# Formblatt Anamnesebogen

Achten Sie auf Ihre Gesundheit - Wir tun es auch



Rev : 03 / Stand: 05.05.2020 (DT 05.05.2020)

## Grunddaten:

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

## Risikofaktoren:

Rauchen Sie?  Ja  Nein, wenn Ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie **Alkohol**?  Ja  Nein , wenn Ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie **Marcumar** oder andere **Blutverdünner** ein? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine **Defibrillator** oder **Herzschrittmacher**?  Ja  Nein

## Untersuchung:

- Wann war Ihre letzte
- Check up Untersuchung? .....
  - Blutuntersuchung?.....
  - Coloskopie (Darmspiegelung)?.....
  - Krebsvor/-nachsorge?.....

## Familiäre Erkrankungen:

Sind **direkte** Blutsverwandte (Großeltern, Eltern, Geschwister) an einer der folgenden Erkrankungen **FRÜH** erkrankt?

- Herzinfarkt** oder **Herzkranzverengung**
- Schlaganfall**
- Krebserkrankungen** Welche: \_\_\_\_\_
- Allergien** Welche: \_\_\_\_\_
- Thrombosen/Lungenembolie**
- Erkrankheiten** Welche: \_\_\_\_\_

## Soziale Anamnese:

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

**Familienstand:**  ledig  Lebenspartnerschaft  verheiratet  verwitwet

**Grad der Behinderung:** \_\_\_\_%    Merkzeichen: .....

Schwerbehindertenausweis vorhanden?  Ja  Nein

**Pflegegrad** vorhanden?  Ja  Nein (I, II, od. III, IV, V?)

**Pflegedienst (welcher) ?**

**Betreuer (Name und Telefonnummer?)**

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

Alle Angaben sind freiwillig.

Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Patient oder gesetzlicher Vertreter