allgemeinmedizinische
Praxis im Posthof

Nils Lenuweit
Facharzt für Allgemeinmedizin

Doctor-medic Christian Bachner
Facharzt für Allgemeinmedizin

dr (AM Danzig) Elena Weber
Fachärztin für Allgemeinmedizin
(angestellte Ärztin)

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

Anamnese-Fragebogen

Sehr geehrte Patienten, um Ihnen eine optimale, auf Ihren derzeitigen Gesundheitszustand abgestellte medizinische Versorgung gewährleisten zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte beantworten Sie daher die aufgeführten Fragen wahrheitsgemäß und so genau wie möglich. Selbstverständlich verwenden wir diese Informationen ausschließlich für unsere Praxis und im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ **männlich** O **weiblich** O

Straße: _____ **PLZ, Ort:** _____

Telefonnr. und Email: _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Bitte kreuzen Sie - falls vorhanden - die unten stehenden Vorerkrankungen an:

Bluthochdruck	Ja	O	Nein	O
Blutzuckerkrankheit	Ja	O	Nein	O
Magenerkrankung	Ja	O	Nein	O
Tumorerkrankung (Krebs)	Ja	O	Nein	O
Nierenerkrankung	Ja	O	Nein	O
Fettstoffwechselstörung	Ja	O	Nein	O
Gelenkserkrankung (Rheuma)	Ja	O	Nein	O
Infektionserkrankung	Ja	O	Nein	O
Leberentzündung (Hepatitis)	Ja	O	Nein	O
Asthma	Ja	O	Nein	O
Herzkrankheit	Ja	O	Nein	O
Psychische Erkrankung	Ja	O	Nein	O

Sonstige chronische Erkrankungen: _____

Liegt in Ihrer Familie eine der unten stehenden Vorerkrankungen vor?

Bluthochdruck	Ja	O	Nein	O
Blutzuckerkrankheit	Ja	O	Nein	O
Fettstoffwechselstörung	Ja	O	Nein	O
Herzinfarkt	Ja	O	Nein	O
Asthma	Ja	O	Nein	O
Krebserkrankung	Ja	O	Nein	O

Hatten Sie Operationen? Ja O Nein O

Haben Sie Allergien? Falls ja, welche? Ja O Nein O

Nehmen Sie Marcumar oder andere Blutverdünnungsmittel zu sich? Ja O Nein O

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche? Ja O Nein O

Rauchen Sie? Falls ja, wie viele Zigaretten täglich? Ja O Nein O

Trinken Sie gelegentlich Alkohol und wie oft? Ja O Nein O

täglich O ab und zu O

Sind Sie gegen folgende Krankheiten geimpft?

Tetanus (Wundstarrkrampf)	Ja	O	Nein	O
Diphtherie	Ja	O	Nein	O
Polio (Kinderlähmung)	Ja	O	Nein	O
Masern	Ja	O	Nein	O
Mumps, Röteln	Ja	O	Nein	O
Hepatites A (Gelbsucht)	Ja	O	Nein	O
Hepatites B (Gelbsucht)	Ja	O	Nein	O

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? Falls ja, wie viel Dioptrien? Ja O Nein O

Körpergröße (in cm): _____ Körpergewicht (in kg): _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

_____ _____

(Ort, Datum) (Unterschrift)

Allgemeinmedizinische Praxis im Posthof
Galgenbergstr. 2a 93053 Regensburg
Tel 0941/57144 Fax 0941/565509