

Praxis am Bockelsberg

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Im Vorfeld und in regelmäßigen Abständen während Ihrer Behandlung bei uns bekommen Sie diesen Anamnesefragebogen mit der Bitte um Vervollständigung vorgelegt. (bei Platzmangel bitte Rückseite benutzen)
Diese Angaben sind für die Sicherheit Ihrer Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einem Eintrag nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen und besprechen es beim Arztkontakt.
Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Einträge mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient _____ geb. _____

Anschrift
Straße _____ Hausnummer _____ PLZ _____ Wohnort _____

Tel.(privat) _____ E-Mail _____

Mobil _____ Beruf _____

Darf Angehörigen Auskunft erteilt werden, wenn ja, wem?

Name _____ Vorname _____
 Ehepartner Lebensgefährte Eltern
 Geschwister Kind

Vorheriger oder aktueller Hausarzt: _____

Gibt es eine Behinderung ja / nein Wenn ja, GdB _____ %

oder eine Erwerbsminderung ja / nein Wenn ja, bis wann, _____ MdE _____ %

oder eine Pflegestufe? ja / nein Wenn ja, welche? _____

Bestehen Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Rauchen Sie? ja / nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Sind Sie schwanger? ja / nein Wenn ja, welche Woche? _____

Operationen/ ja / nein Wenn ja, welche und wann _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall Herzinfarkt Nierenerkrankung
 Lebererkrankung Diabetes Asthma/COPD Schilddrüsenerkrankung
 Krebserkrankung Hepatitis HIV sonstiges _____

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall Herzinfarkt
 Krebserkrankung Diabetes Asthma/COPD Allergie

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Verhütungsmittel (Pille o.a.?)

Welche? _____

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja / nein

Datum

Unterschrift