



Anamnesebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient,
wir freuen uns Sie in der Hausarztpraxis KRILOVA begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____
Handy _____
E-Mail _____
Körpergröße/Gewicht _____
Beruf _____
Wohnsituation _____

WICHTIG! Bringen Sie bitte zu ihrem nächsten Termin unbedingt Ihren Impfausweis mit.

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

| | | | |
|-------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------|
| Diabetes | Schilddrüsenerkrankungen | Bluthochdruck | KHK |
| Herzschwäche | Lungenerkrankungen | Schlaganfall | Erhöhte Blutfette |
| Thrombose | Operationen | Krebserkrankungen | |
| Baucherkrankungen | | Psychische Erkrankungen | |

Wenn „Ja“, welche _____
Andere, nicht aufgeführte _____

Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil? Ja Nein
Wenn „Ja“, an welchem: KHK COPD Asthma Diabetes

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)? Ja Nein
Wenn „Ja“, welche Allergien _____



Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein? (Bitte Angabe des Präparats und Dosis)

| Medikament | Morgens | Mittags | Abends |
|------------|---------|---------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Für Patienten ab 35 Jahre: Wann war ihr letzter Check-up (Gesundheitscheck)? _____

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Ja, wann _____ Nein

Rauchen Sie? Ja. Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich: _____

Letzte Augenkontrolle am: _____ ohne Befund Netzhautschäden

Letztes EKG am: _____

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

Herzinfarkt Diabetes Bluthochdruck Krebserkrankungen
Schlaganfall Durchblutungsstörung der Beine

Möchten Sie Gewebe- und/oder Organe Spenden? Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift

