

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose o. Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Operationen/ Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>



Rauchen Sie?

Nein Ja Wenn ja, wie viel: Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?

Nein Ja Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien?

Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja
- Wenn ja, gegen welche?
- Andere Allergien?

Wie groß sind Sie: (cm) Wieviel wiegen Sie(kg)

Haben Sie in den **letzten 6 Monaten** stark zu- oder abgenommen? Nein zu ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? – Medikamentenplan einreichen!

.....

.....

.....

.....

.....

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Darmspiegelung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Magenspiegelung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose o. Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>



Sozialanamnese

Familienstand: Kinder:

Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht Vater Mutter

Sport (was & wie oft?)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass ich per Email, Telefon oder postalisch an wichtige Untersuchungen, Termine und Vorsorgen erinnert werde.

Gibt es bei Ihnen wichtige Dinge, die Sie uns noch mitteilen wollen?

.....
.....
.....

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung / zum nächsten Termin Ihren Impfausweis mit.

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen einen Termin am selben Tag.

Bitte sagen Sie Termine mindestens 24 Stunden vorher ab, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie **diesen Anamnesebogen** und **die Erklärung zum Datenschutz** in einer unserer Praxen ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Datum: _____ Unterschrift: _____



HAUSARZTZENTRUM POPPENHAUSEN
Steinwiesen 2
36163 Poppenhausen (Wasserkuppe)

Tel: 066 58 - 27 297 10
Fax: 066 58 - 27 297 39
info-poppenhausen@landarzt-mvz-rhoen.de

HAUSARZTZENTRUM SCHMALNAU
Bahnhofstraße 11
36157 Ebersburg-Schmalnau

Tel: 066 58 - 27 297 70
Fax: 066 58 - 27 297 98
info-schmalnau@landarzt-mvz-rhoen.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE49 3006 0601 0005 8437 20
BIC: DAAEDEDXXX
Landesärztekammer Hessen
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Amtsgericht Fulda HRB 7407