



Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie von nun an in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Gerne beraten wir Sie in allen Gesundheitsfragen und helfen Ihnen gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden. Damit wir dies bestmöglich umsetzen können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen möglichst ausführlich und vollständig zu beantworten:

Persönliche Daten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ, Stadt

Telefon-/Handynummer:

Beruf:

Familienstand: ledig verheiratet geschieden/getrennt verwitwet

Gesundheit

Haben Sie Kinder? Nein Ja ggf. Geburtsjahr/e:

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv? Nein Ja Tage pro Woche: _____ für _____ Std.

Rauchen Sie? Nein Ja

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja regelmäßig gelegentlich

Größe / aktuelles Gewicht cm kg

Haben Sie einen Nein Ja und zwar %

Schwerbehindertenausweis **Merkzeichen:**

Haben Sie einen Pflegegrad Nein Ja und zwar Pflegegrad:

Wann war ihr letzter „Check-up“ Im Mont/Jahr:

Wurde bereit seine Vorsorge-Darmspiegelung durchgeführt? Nein Ja und zwar im Jahr

Für Männer >65 Jahre: Wurde bereits ein Screening zum Ausschluss eines **Bauchaortenaneurysmas** (Erweiterung der Bauchschlagader) durchgeführt? Nein Ja



HAUSARZTPRAXIS KÜHN

Dr. med. Julia Kühn und Dr. med. Christian Kühn, Homberger Str. 382, 47443 Moers

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt? Nein Ja, und zwar folgende:

Welche Operationen hatten Sie bereits? Wann?			
<input type="radio"/> Schulter-OP	wann? _____	<input type="radio"/> Bruch-OP	wann? _____
<input type="radio"/> Hüft-OP	wann? _____	<input type="radio"/> Gallenblasen-OP	wann? _____
<input type="radio"/> Knie-OP	wann? _____	<input type="radio"/> Augen-OP	wann? _____
<input type="radio"/> Blinddarm-OP	wann? _____	<input type="radio"/> Sonstige	wann? _____

Haben Sie **Vorerkrankungen**?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Herzinfarkt/KHK/Stents | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Thrombose/Lungenembolie | <input type="radio"/> Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Asthma/COPD |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Nierenerkrankung | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="radio"/> Krampfanfälle | <input type="radio"/> Blutungsneigung | <input type="radio"/> Hepatitis/HIV |
| <input type="radio"/> Krebserkrankungen | <input type="radio"/> psychische Erkrankungen/Gemütserkrankungen/Depressionen | |
| <input type="radio"/> Sonstiges:
_____ | | |

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein? Welche Dosis? Keine

Bitte reichen Sie uns noch relevante Befunde von Untersuchung, Facharztberichte und Krankenhausberichte ein.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Möchten Sie uns noch etwas Mitteilen?

Moers, den _____

Unterschrift _____