



Hausarztpraxis Ulrich Wacker

Westerende 13
25876 Schwabstedt
Fon: 04884-218
Fax: 04884-9298

www.hausarzt-schwabstedt.de
praxis@hausarzt-schwabstedt.de

Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Chirurgie.

Sportmedizin, Palliativmedizin, Rettungsmedizin, Taucherarzt (GTÜM), psychosomatische, geriatrische und diabetologische Grundversorgung, ambulantes Operieren, Begutachtungen, Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene und Kinder und Berufenossenschaftliche Erstbehandlungen.

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir bitten Sie, alle nachstehenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Die Fragen ersetzen nicht das persönliche Gespräch, erleichtern es aber.

Herr Frau

Name	Vorname
Geburtstag	Beruf
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Email

Bei unter 18- jährigen Patienten

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Geburtstag		

bitte wenden

Allgemeine Anamnese

Sind folgende Krankheiten bei **Ihnen** bekannt?

- Bluthochdruck
- Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt
- Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen)
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
- Zuckererkrankung / Diabetes Mellitus
- Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte)
- Tumorerkrankungen
- Chronische Infektionskrankheiten
- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
- Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Tbc)
- Thrombose oder Lungenembolie
- Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star)
- Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)
- Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen
- Chronische Hautkrankheiten (Schuppenflechte, Neurodermitis)
- Rheuma

Rauchen Sie ? Wieviel?.....Zigaretten / Tag

Konsumieren Sie Alkohol? Wieviel?.....Gläser / Woche

Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt (z.B. Medikamente)

Wogegen?.....

Wie groß sind Sie:.....cm Wieviel wiegen Sie:..... kg

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?.....

.....

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

Welche der folgenden Untersuchungen wurden bereits bei Ihnen durchgeführt?

.....

Gesundheitsuntersuchung
 Krebsfrüherkennungsuntersuchung
 Darmspiegelung ja nein Wann?.....
 Besteht:
 - eine Schwangerschaft? ja nein
 - Hepatitis B oder C ja nein
 - HIV ja nein

Operationen

Wann	Was

Wann erfolgte Ihre letzte Tetanusimpfung?.....

Familienanamnese

Welche der folgenden Krankheiten sind in **Ihrer Familie** (Großeltern, Eltern, Geschwister) bekannt?

Bluthochdruck
 Herzkrzgefäßerkrankung, Herzinfarkt
 Schlaganfall
 Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
 Zuckererkrankung / Diabetes Mellitus
 Tumorerkrankungen
 Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
 Thrombose oder Lungenembolie
 Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)

Welche weiteren Angaben sind aus Ihrer Sicht für die Behandlung wichtig?.....

.....

Nehmen Sie an einem DMP-Programm teil? ja nein

Welcher Arzt hat Sie eingeschrieben?.....



Familienstand.....

Kinder.....

Beruf.....

Hobbys.....

Freizeitaktivitäten

Sport (welcher).....

andere.....

Und überhaupt...

➔ Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung, durch wen?.....

Internet

Sonstiges.....

Ich interessiere mich für Angebote zu:

- Tabakentwöhnung
- Gewichtsnormalisierung
- Fragen zu Bewegung und Sport
- Akupunktur
- Kinesiotaping
- Spritzen gegen Knorpelverschleiß
- besondere Krebsvorsorgeuntersuchung (Blase, Mastdarm)
- besondere Kindervorsorgen
- Risikoeinschätzung für Herzinfarkt / Schlaganfall
- Anti-Aging- und Hormon-, und Osteoporose-Laboruntersuchungen
- Reisemedizinische Beratung
- Fragen zur "Männergesundheit"
- Frauenvorsorgeuntersuchung mit Abstrichentnahme
- Schönheitschirurgische Maßnahmen

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

..... /

Datum

.....

Unterschrift

