

Anamnesebogen für Patienten

Internistische Gemeinschaftspraxis Vogelstang

Name, Vorname:	Familienstand:
Adresse:	Telefon:
Wohnort:	Handy:
Geburtsdatum:	E-Mail:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus		Bluthochdruck	
Schilddrüsenerkrankung		Angina pectoris	
Lebererkrankung		Sonstige Herzerkrankungen	
Nierenerkrankung		Durchblutungsstörungen	
erhöhte Blutfettwerte		Krampfadern	
erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)		Krebserkrankung	

sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? **Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:**

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1. 2. 3. 4. 5.
--	----------------------------

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? **Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:**

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1. 2. 3.
--	----------------

Leiden Sie an Allergien? **Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:**

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1. 2. 3. 4. 5.
--	----------------------------

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

1.	3.
2.	4.

Anamnesebogen für Patienten

Internistische Gemeinschaftspraxis Vogelstang

Wurde bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen schon eine Herzkatheter Untersuchung durchgeführt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Aktuelle Beschwerden und erkrankungsspezifische Informationen:		
Aktueller Beruf:	Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>
Sind Sie in einem Hausarztmodell eingeschrieben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie an einen DMP Programm teil ? Wenn ja an welchem ?	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> COPD
	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> KHK
Wurde bei Ihnen ein Pflegegrad festgestellt ? Wenn ja welcher ?	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IV
	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> V
	<input type="checkbox"/> III	
Werden Sie von einem Pflegedienst unterstützt?	Wenn ja, Name des Pflegedienstes:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?	Wenn ja, GdB und Merkzeichen angeben:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
	GdB:	
	Merkzeichen:	
Aktuelle Größe:		Aktuelles Gewicht:
Früherer Hausarzt:		

Bitte bringen Sie beim nächsten Besuch Ihren Impfausweis mit!

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!