

Anamnesebogen für Patienten

GP Dres.
Kajzar/Renz/Wiedemann-
Neumann/Heß

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

GP Dres.
Kajzar/Renz/Wiedemann-
Neumann/Heß

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!