



DR. KATJA FISCHER

HAUSARZTPRAXIS

Anamnesebogen für Patienten

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,
um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen

Allgemeine Angaben

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefonnummer _____ Handynummer _____

Email _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Nächste Angehörige/Betreuer/Bevollmächtigte _____

GdB (Grad der Behinderung) _____

Pflegegrad _____

Patientenverfügung/ Vollmacht _____

Früherer Hausarzt _____

Ich stimme der Kontaktaufnahme durch die Praxis auf folgenden Wegen zu:

Telefon Fax E-Mail SMS

Die Praxis darf mir folgende Informationen auch digital zustellen:

Terminerinnerungen Medizinische Dokumentation Rechnungen News

Ort & Datum _____ Unterschrift _____

Vorerkrankungen

- | | | |
|------------------------------------|---|-------|
| Bluthochdruck | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Herzerkrankung | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schlaganfall | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Durchblutungsstörungen | 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"/> | _____ |
| Tumorerkrankung | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Lebererkrankung | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nierenerkrankung | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bluterkrankungen | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Lungenkrankheit (COPD/Asthma) | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Chronische Infektionskrankheiten | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Thrombose/Lungenembolie | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Neurologische Erkrankungen | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Krampfleiden | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Operationen | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Unfälle | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sonstiges | | _____ |
| Allergien gegen Medikamente | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Andere Allergien | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Rauchen Sie? | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Treiben Sie Sport (was, wie oft) | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |

Familienanamnese: sind in ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

- | | | |
|-------------------------------|---|-------|
| Bluthochdruck | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Herzinfarkt/ Herzerkrankungen | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schlaganfall | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Diabetes mellitus | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Tumorerkrankungen | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Thrombose | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | _____ |

Haben Sie einen Impfausweis? Bringen Sie diesen bitte zur nächsten Untersuchung mit.