ANAMNESE-FRAGEBOGEN:

Um eine schnelle und effiziente Bearbeitung zu gewährleisten, füllen Sie diesen Fragebogen bitte **leserlich, vollständig und wahrheitsgemäß** (auch Telefonnummer, E-Mail, Beruf etc.) aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Das Ausfüllen des Fragebogens bedeutet nicht, dass Sie bereits als Neupatient aufgenommen sind. Er dient lediglich dazu, bei in der Praxis frei werdenden Kapazitäten bereits vorstellig gewordene und einen neuen Hausarzt suchende Patienten informieren und einbestellen zu können.

Hausbesuche werden NUR im Bereich Benshausen/Ebertshausen durchgeführt. Eine Betreuung von Pflegeheimen findet nicht statt.
Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte zum ersten Termin in unserer Praxis mit.

PERSONALIEN

Name		Telefon	
Geburtsdatum		Mail	
Straße		Beruf	
PLZ und Ort		Familienstand	

HAUSARZT:

Name	Telefon

AKTUELLE BESCHWERDEN:

VORERKRANKUNGEN:	Ja / Seit wann?	Nein
Bluthochdruck		
Blutzuckerkrankheit (Diabetes mellitus)		
Fettstoffwechselstörung		
Gicht		
Hautkrankheiten (z.B. Ekzem)		
Herzkrankheit (z.B. Herzinfarkt)		
Krebserkrankungen		
Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis, Gelbsucht)		
Lungenkrankheit (z.B. COPD)		
Magenerkrankung (z.B. Geschwür)		
Nierenerkrankung (z.B. Nierensteine)		
Psychische Erkrankungen (z.B. Depression)		
Rheuma		
Thrombose, Lungenembolie		
Sonstiges		

OPERATIONEN:	Ja / Wann?	Nein
Blinddarm		
Mandeln		
Sonstige		

ORGANSPENDE: (bitte ankreuzen)	JA	NEIN	UNENTSCHLOSSEN

SCHWERBESCHÄDIGUNG:	JA	GdB:	Merkzeichen:
PFLEGEGRAD	JA	1 2 3 4 5	

LETZTE VORSORGEUNTERSUCHUNGEN:	Wann? / Wo?	Nein
Darmspiegelung		
Magenspiegelung		
Hautscreening		
Prostatauntersuchung		
Bauchaortenscreening		

STATIONÄRE BEHANDLUNGEN:	Ja / Wann? / Warum? / Wo?	Nein
Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus?		
Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Ausland?		

ALLERGIEN, UNVERTRÄGLICHKEITEN:	Ja / Welche?	Nein

MEDIKAMENTE:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?		Morgens	Mittag	Abend	Nacht
1.)					
2.)					
3.)					
4.)					
5.)					
6.)					
7.)					

GEWOHNHEITEN:	Ja	Nein	Wieviel?	Seit wann?
Rauchen Sie?			Stck./d	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?			x/Wo.	
Haben Sie viel „Stress“?				
Treiben Sie Sport?			x/Wo.	
Essen Sie frisches Gemüse?				
Essen Sie regelmäßig Seefisch?				
Essen Sie Fleisch und Wurst?				
Schlafen Sie ausreichend?			h/d	
Essen Sie Milchprodukte / Käse?				