

Anamnesebogen



Praxis Mohebi & Mikas
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Hausärztliche Versorgung

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie als Neupatient/in in unserer modernen Hausarzt-Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie kennenzulernen und uns ein besseres Bild über Ihren Gesundheitszustand machen zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Vielen Dank.

Nachname, Vorname Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)

Körpergröße: cm Aktuelles Gewicht: kg Beruf:

verheiratet/mit Partner lebend alleinstehend geschieden verwitwet

Ruhestand/Rente Kinder nein ja aus dem Haus

Rauchen Sie? nein ja Wie viele Zigaretten täglich? Seit wann rauchen Sie?

 nicht mehr seit

Ist bei Ihnen **in der Familie** eine der folgenden Erkrankungen bekannt? (bitte ankreuzen)

Herzerkrankung/Herzinfarkt	Asthma	Diabetes
Bluthochdruck	Thrombose	Lungenembolie
Krebserkrankung	Schlaganfall	Sonstiges:

Sind **Allergien bei Ihnen** bekannt? nein ja (bitte entsprechend ankreuzen)

Tierhaare/Hausstaub	Lebensmittel
Pollen/Gräser	Medikamente, welche?

Liegt oder lag eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen vor? (bitte ankreuzen):

Bluthochdruck	Migräne	Schlaganfall	Herzerkrankung/Herzinfarkt	
Asthma	COPD	Diabetes	Krebserkrankung	Hepatitis und/oder HIV
Schilddrüsenerkrankung	Thrombose	Lungenembolie	Sonstiges:	

Nehmen Sie Medikamente ein? nein ja, bitte bringen Sie Ihren Medikamentenplan mit!

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel/Heilkräuter-Tees/pflanzliche Medikamente ein? nein ja

Was nehmen Sie ein:

Wie ernähren Sie sich? Vollwertig Vegetarisch Vegan Sonstiges (z.Bsp. Trennkost, 16:8)

Wieviel Wasser trinken Sie ungefähr täglich? max. 1L ca. 1,5L ca. 2L mehr als 2L

Trinken Sie Kaffee? nein ja Wie viele Tassen täglich?

Trinken Sie Alkohol? nein ja Wie oft? gelegentlich wöchentlich täglich selten

bitte Rückseite beachten >>>>

Ihr Stuhlgang ist? regelmäßig unregelmäßig täglich 2-3x pro Woche weniger als 2x pro Woche
 zumeist geformt eher flüssig erschwert schmerzhaft erzwungen

Müssen Sie nachts Urin lassen? nein ja Wie oft?

Haben Sie Schlafschwierigkeiten? nein ja beim Einschlafen beim Durchschlafen

Wurden Sie bereits einmal operiert/behandelt? (bitte ankreuzen)

Blinddarm entfernt	Gallenblase entfernt	Gelenkersatz (z.Bsp. Knie)
Mandeln entfernt	Schilddrüsen-OP	Bestrahlung/Chemotherapie
Herzschrittmacher oder ICD	Herzkatheter	Sonstiges:

Haben Sie einen Impfpass/-ausweis? nein ja Wann wurden Sie zuletzt geimpft?

Sofern Sie einen Impfpass/-ausweis haben, bringen Sie diesen bitte zu einem der nächsten Termine mit, damit wir den Impfschutz überprüfen können.

Wie Schätzen Sie Ihre aktuelle Leistungsfähigkeit ein?
(1: gering, 10: sehr hoch)

Wie sehr fühlen Sie sich im Alltag gestresst?
(1: kaum, 10: sehr stark)

Wie belastbar schätzen Sie sich ein?
(1: kaum, 10: sehr hoch)

Machen Sie Sport oder bewegen sich regelmäßig an der frischen Luft? nein ja

Fitness-Sport	Spazieren
Radfahren	Tanzen
Wandern	Sonstiges:

Anmerkungen

Datum/Unterschrift