VOGEL
Landarztpraxis

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG IM DREILÄNDERECK

Landarztpraxis Vogel
Sandweg 2
37249 Neu-Eichenberg

service@landarztpraxis-vogel.de
www.landarztpraxis-vogel.de
Telefon: 05542 502620

Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie die nachstehenden Angaben gewissenhaft aus. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an unser Team. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name, Vorname _____

Geboren am _____

Anschrift _____

_____

Beruf _____

Telefon:
Festnetz/Mobil _____ E-Mail Adresse: _____

Allgemeine Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt / Kinderarzt (Adresse) _____

_____

Sonstige behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung Adresse, falls bekannt) _____

_____

Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm (gesetzlich Versicherte)

☐ Ja, bei einem anderen Hausarzt _____
☐ Nein

Was ist Ihr aktueller Anlass? Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. erläutern.

☐ Schmerzen
wo und mit welcher Schmerzintensität?
(1 = sehr geringer Schmerz
10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

_____

_____

_____

☐ Übelkeit/Erbrechen
☐ Fieber

☐ andere akute Beschwerden

_____

_____

☐ andere akute Beschwerden, die ich erst im Arztgespräch benennen möchte

☐ Ich habe zurzeit keine Beschwerden.
Ich wünsche nur
☐ Vorsorge ☐ Kontrolle ☐ Beratung

Kinderkrankheiten

☐ Masern
☐ Windpocken
☐ Röteln
☐ Ich weiß es nicht
☐ Sonstige _____

_____

Ernährungsgewohnheiten

☐ Mischkost
☐ Vegetarisch
☐ Vegan
☐ Sonstige _____

_____

Operationen / Unfälle

☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Chronische Erkrankungen

☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Bekannte Allergien

☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden, jetzt nicht akut

☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Dauermedikamente
(auch Pille und Medikamenten-/Hormonpflaster)

☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen inkl. Name und Dosierung)

Rauschmittel-/Zigarettenkonsum

☐ Drogen Beginn: _____

☐ Alkohol Beginn: _____

☐ Zigaretten Beginn & Anzahl/Tag: _____

Impfpass vorhanden?

☐ Nein ☐ Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)

Durchgemachte schwere Erkrankungen

_____

_____

_____

Letzter Check-up

☐ Allgemeinarzt, im Jahr: _____

☐ Hautarzt, im Jahr: _____

☐ Regelmäßige Krebsvorsorge beim Frauenarzt, Urologen, im Jahr: _____

Sonstige Angaben

☐ Arm-/Beinprothese

☐ Stoma

☐ Herzschrittmacher

☐ Port

☐ Zahnprothese

☐ Hörhilfe

☐ Brille/Kontaktlinsen

☐ Shunt, wo? _____

☐ Sonstiges _____

Soziale Anamnese

☐ Nicht berufstätig ☐ Selbstständig ☐ Schüler/Ausbildung

☐ Elternzeit ☐ Beschäftigt in Vollzeit ☐ Beschäftigt im Schichtdienst

☐ Rentner ☐ Beschäftigt in Teilzeit

Wohnsituation

☐ Alleine ☐ Mit Familie ☐ Betreutes Wohnen ☐ Seniorenheim

Sonstiges

Pflegegrad

☐ Nein ☐ Ja, _____

Schwerbehinderung

☐ Nein ☐ Ja, GdB in % _____

Patientenverfügung vorhanden?

☐ Nein ☐ Ja

Sonstige wichtige Informationen

_____

Datum, Unterschrift

VOGEL
Landarztpraxis

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG IM DREILÄNDERECK

Landarztpraxis Vogel
Sandweg 2
37249 Neu-Eichenberg

service@landarztpraxis-vogel.de
www.landarztpraxis-vogel.de
Telefon: 05542 502620

Anlage zum Anamnesebogen

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Chronische Erkrankungen

Lungenerkrankung

☐ Asthma ☐ COPD ☐ Lungenkrebs ☐ Sarkoidose

☐ Andere _____

Hauterkrankung

☐ Neurodermitis ☐ Schuppenflechte ☐ Andere _____

Herz-Kreislauf-Erkrankung

☐ Bluthochdruck ☐ Schlaganfall ☐ Herzinfarkt ☐ Angeb. Herzfehler ☐ Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)

☐ Andere _____

Neurologische Erkrankung

☐ Epilepsie ☐ MS ☐ Parkinson ☐ Demenz ☐ Depressionen ☐ Schizophrenie

☐ Andere _____

Stoffwechselerkrankung

☐ Diabetes ☐ Hohes Cholesterin ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Gicht

☐ Andere _____

Geschlechtskrankheiten

☐ HIV ☐ Syphilis ☐ Andere _____

Sonstiges

☐ Grüner Star ☐ Rheuma ☐ Chronische Hepatitis ☐ Medikamenten-/ Drogenabhängigkeit

☐ Krebserkrankungen _____

☐ Leber-/Nierenerkrankungen _____

☐ Andere _____

Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden

☐ Herzstolpern ☐ Häufige Infekte ☐ Menstruationsbeschwerden

☐ Blut im Urin ☐ Rückenschmerzen ☐ Probleme beim Wasserlassen/-halten

☐ Blut im Stuhl ☐ Verstopfung/Durchfälle ☐ Seelische/nervöse Beschwerden

☐ Andere _____

Allergien

- [ ] Wespen-/Bienengift
- [ ] Allergischer Schock in der Vergangenheit
- [ ] Medikamente _____
- [ ] Lebensmittel _____
- [ ] Andere _____

Operationen

- [ ] Herz
- [ ] Gefäße
- [ ] Wirbelsäule (bitte erläutern)

_____

_____

_____

_____

- [ ] Bauch (bitte erläutern)

_____

_____

_____

_____

_____

- [ ] Bewegungsapparat
  - [ ] Künstliche Gelenke
  - [ ] Andere

_____

_____

_____

_____

- [ ] Sonstiges

_____

_____

Medikamente (möglichst mit Dosierung)

Medikamentenplan vorhanden?

- [ ] Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)
- [ ] Nein (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Spritzen Sie Insulin?

- [ ] Ja (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten)
- [ ] Nein

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Einnahme gerinnungshemmender Medikamente?

- [ ] Ja (bitte legen Sie uns Ihren Pass vor)
- [ ] Nein

Sonstige wichtige Informationen