



HAUSARZTPRAXIS an der Linde

Dr. med. univ. Tanja Gresser

Fachärztin für Innere Medizin
Psychosomatische Grundversorgung
Ernährungsmedizin
Faltenbehandlung

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen
gewissenhaft auszufüllen. Bei Rückfragen wenden Sie sich an unser Team.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name, Vorname:
Adresse:
Telefon / Handy:
E-Mail:
Beruf:.....
Größe: Gewicht:

Bezugsperson

Ehefrau / Ehemann Mutter / Vater Tochter / Sohn Schwester / Bruder

Name, Vorname
Anschrift.....
.....
Telefon / Handy
E-Mail.....

Allgemeine Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt (Adresse, falls bekannt)
.....

Haben Sie einen Hausarztvertrag?
Nein Ja

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

Name, Vorname, Geburtsdatum

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

| | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Herzkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Schlaganfall | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Durchblutungsstörungen der Beine | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Fettstoffwechselstörungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Tumorerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Lebererkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Chronische Infektionskrankheiten | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Lungenerkrankungen (Asthma, COPD) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Thrombose oder Lungenembolie | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Augenerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Psychische Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Sonstiges | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |

Rauschmittel-/Zigarettenkonsum

- Zigaretten Beginn & Anzahl/Tag:.....
- Alkohol Beginn:
- Drogen Beginn:.....

Impfpass vorhanden?

- Nein Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)

Corona-Impfung erhalten?

- Nein Ja, wieviele Impfungen & welcher Impfstoff:
.....
- Genesen (bitte legen Sie uns die Bescheinigung vor)

Sonstige Angaben

- Arm-/Beinprothese Stoma
- Herzschrittmacher Port
- Zahnprothese Hörhilfe
- Brille/Kontaktlinsen Shunt, wo?
- Sonstiges.....

Name, Vorname, Geburtsdatum

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Darmspiegelung Nein Ja , wann ?

Herzkatheter Nein Ja , wann ?

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? nein zu ab

Sind Erkrankungen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt?

Herzkrankheit/ Herzinfarkt Nein Ja , bei wem?.....

Bluthochdruck Nein Ja , bei wem?.....

Schlaganfall Nein Ja , bei wem?.....

Diabetes Nein Ja , bei wem?.....

Darmkrebs Nein Ja , bei wem?.....

Brustkrebs Nein Ja , bei wem?.....

Krebs, sonstige Nein Ja , bei wem?.....
welche Art?.....

Sonstiges

Pflegegrad Nein Ja, welcher?

Schwerbehinderung Nein Ja, GdB in %

Patientenverfügung vorhanden? Nein Ja

**bei Ja > soll diese in der Praxis
hinterlegt werden?** **Nein** **Ja**

Patientenvollmacht vorhanden? Nein Ja

Organspendeausweis? Nein Ja

Marcumar / Noak (Blutverdünnung)?

Ja (bitte legen Sie uns Ihren Pass vor)

Nein

Name, Vorname, Geburtsdatum

Allergien

Wespen-/Bienenngift Allergischer Schock in der Vergangenheit

Medikamente

.....

Lebensmittel

.....

Andere

.....

Operationen/Unfälle

.....
.....
.....
.....
.....

Medikamente (möglichst mit Dosierung)

Medikamentenplan vorhanden?

Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)

Nein (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten)

.....
.....
.....
.....
.....

Sonstige wichtige Informationen

.....
.....
.....
.....
.....

Datum, Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters