

## Anamnese-Fragebogen

Als neue Patientin/neuen Patient heißen wir Sie in unserer Praxis herzlich willkommen!

Um Sie besser kennenzulernen und wichtige Informationen vorab zu gewinnen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemand weitergegeben.

Name, Vorname (ggf. Geburtsname): .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Adresse: .....

Beruf, auch ehem.: .....

Telefonnummer privat: ....., geschäftlich: .....

Telefonnummer mobil: ....., Fax: .....

E-Mail: .....

Familienstand:    ledig                        verheiratet      
                          geschieden                verwitwet     

Wie viele Kinder haben Sie? .....

Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft mit jemandem, der Sie im Krankheitsfall pflegen kann?    Ja                        Nein           

Haben Sie einen anerkannten Pflegegrad oder einen Behindertenausweis?  
                          Ja                        Nein           

Falls ja welchen Pflegegrad/wie viel % GdB? .....

Ihre Körpergröße: ..... cm

Ihr Körpergewicht: ..... kg

Treiben Sie Sport? Ja  Nein

falls ja, welche Sportart? .....

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (z.B. vegetarisch, vegan)?

.....

Alkoholkonsum: nie  selten  regelmäßig

wenn regelmäßig, was und wie viel pro Tag? .....

Rauchen: Ich habe nie geraucht

Ich habe früher geraucht , von ..... bis .....

Ich rauche immer noch , seit .....

Was rauchen/ten Sie? .....

Wie viel pro Tag? .....

Andere Substanzen wie Medikamente oder illegale Drogen: .....

.....

Welche Infektionskrankheiten haben Sie/hatten Sie in der Vergangenheit?

Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C  Masern

Mumps  Röteln  Windpocken  Keuchhusten

Kinderlähmung  Borreliose  Tuberkulose  Syphilis





Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

Krebs: Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Welche Form? .....

Schlaganfall: Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Herzinfarkt: Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Bluthochdruck: Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Zuckerkrankheit: Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Fettstoffwechselstörung: Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Magen-/Darmerkrankung: Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Welche Form? .....

Sonstige: .....

## Erinnerung an wichtige Termine:

Viele Patienten vergessen aufgrund zahlreicher geschäftlicher und privater Verpflichtungen, rechtzeitig an wichtige Gesundheitstermine zu denken. Daher haben wir in unserer Praxis ein Erinnerungssystem eingeführt. Bei anstehenden Untersuchungen oder Kontrollen bekommen Sie von uns eine schriftliche Erinnerung und können dann rechtzeitig einen Termin mit uns vereinbaren.

Ich möchte unverbindlich an Termine erinnert werden      Ja       Nein

Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren durchgeführt?

Ja       Nein

Wenn ja, wann zuletzt? .....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

---

Datum, Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Hausarzt am Schlosspark

Um Sie umfassend betreuen zu können ist es wichtig, über ihre Vorbefunde und wichtige Untersuchungen in der Vergangenheit informiert zu sein. Deshalb bitten wir Sie dringend, das Formular auf der nächsten Seite auszufüllen, damit wir die Vorbefunde bei Ihrem vorherigen Hausarzt anfordern können.



Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

die Praxis Dr. \_\_\_\_\_ gegenüber der Praxis Stefan Burow  
von der ärztlichen Schweigepflicht und bitte Sie, alle vorhandenen Vorbefunde  
weiterzuleiten an:

Praxis für Allgemeinmedizin  
Stefan Burow  
Bezirksstr. 30  
63755 Alzenau

Tel.: 06023 / 32 09 3-0  
Fax.: 06023 / 32 09 3-19

Durch meine Unterschrift bestätige ich die gewünschte Befundanforderung und die  
Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Wasserlos, den \_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten