

Praxisgemeinschaft Dr.med. Bernd u. Cornelia Wilke Mockauerstraße 123 04357 Leipzig	<b>Anamnesebogen</b>	Dr. Bernd Wilke Dr. Kathleen Kämmer Dr. Rinna Vollmer
--	----------------------	---

Liebe Patientin, Lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

### Persönliche Daten

Vorname: .....

Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

Fax: .....

Mobil: .....

Email: .....

### Allgemeine Anamnese

Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt, wenn ja seit wann?

Ja      Nein

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen)     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckererkrankung / Diabetes Mellitus                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte)              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankungen   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chronische Infektionskrankheiten (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, HIV) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutungsstörungen, Bluterkrankungen                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose oder Lungenembolie                                      |

- Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star)
- Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)
- Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen
- Operationen / Unfälle
- rheumatische Erkrankungen
- Sonstiges: .....

Ja      Nein

- Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel: ..... Zigaretten
- Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja, wieviel: ..... Gläser / Woche
- Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt (z.B. Medikamente)  
Wenn ja, wogegen: .....  
.....
- Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten / Stimmungsaufheller?
- Sind Sie schwanger?

Stuhlgang:                       Normal                       Durchfall                       Verstopfung

Wasserlassen:                       Normal                       nachts öfter als 1 -2 mal

Gewichtsveränderung:                       Keine Zunahme                       Abnahme  
..... kg in .... Monaten                      ..... kg in .... Monaten

Wie groß sind Sie: ..... cm                      Wieviel wiegen Sie: ..... kg

**Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?**

Medikament	morgens	mittags	nachmittags	abends	Zur Nacht

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

- | Ja                       | Nein                     |                                 |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gesundheitsuntersuchung         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebsfrüherkennungsuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Darmspiegelung                  |

### Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

- | Ja                       | Nein                     |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckererkrankung / Diabetes Mellitus              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankungen                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutungsstörungen, Bluterkrankungen               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose oder Lungenembolie                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen) |

### Sozialanamnese

Familienstand .....

Beruf .....

Hobbys/  
Freizeitaktivitäten .....

Beruf .....

andere

### Uns interessiert, wie Sie zu uns kamen

- auf Empfehlung von: .....
- Telefonbuch
- Internet
- Sonstiges: .....

**Liebe Patienten!**

**Es kommt leider immer wieder vor, dass Patienten vereinbarte Termine nicht einhalten und absagen. Wir versuchen uns Zeit für Sie zu nehmen und vereinbaren entsprechende Termine. Bei nicht eingehaltenen Terminen verlieren wir diese Zeit, in der uns Leerräume entstehen. Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.**

.....  
Datum, Unterschrift