



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

„Herzlich Willkommen in unserer Praxis“, wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis und möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit sowie unsere gesamte Kompetenz widmen.

Um Ihnen bei Ihrem aktuellen Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus und besprechen ihn – falls erforderlich – mit Ihrem Partner, ihren Eltern o.ä.

Sollte eine Frage unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später kann Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergeben.

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Beruf:

Tagsüber telefonisch erreichbar:

E-Mail:

Ehemaliger Hausarzt:

(freiwillige Angabe)

KONTAKT:

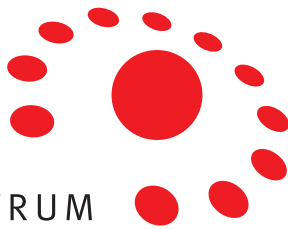
www.diepraxis-harz.de

Klubgartenstraße 3
38640 Goslar

Tel.: 05321 – 38 32 321
Fax: 05321 – 38 32 322

Ilseburger Straße 95
38667 Bad Harzburg

Tel.: 05322 – 53 000
Fax: 05322 – 55 87 443



Bei mir sind folgende Krankheiten bekannt:

Cholesterin zu hoch	<input type="checkbox"/>	Keine	<input type="checkbox"/>
Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	Schilddrüse	<input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>
Asthma/chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>
		Sonstiges _____	

Ich hatte folgende Operationen:

Herz-OP	<input type="checkbox"/>	Keine	<input type="checkbox"/>
Gefäße-OP	<input type="checkbox"/>	Brust-OP	<input type="checkbox"/>
Krebs-OP	<input type="checkbox"/>	Gebärmutter-OP	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse-OP	<input type="checkbox"/>	Mandeln-OP	<input type="checkbox"/>
Bruch-OP	<input type="checkbox"/>	Gallenblasen-OP	<input type="checkbox"/>
		Sonstiges _____	

Ich nehme regelmäßig Medikamente ein: ja nein

Wenn ja, welche und wie oft? _____

Aktuelle Beschwerden

Durst	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> normal	
Appetit	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> normal	
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> normal	
Wasserlassen	<input type="checkbox"/> mit Brennen	<input type="checkbox"/> Startschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Nachts öfter

Gewicht

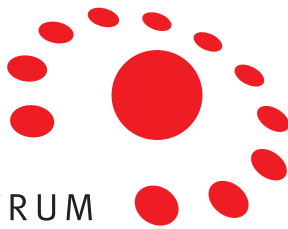
	<input type="checkbox"/> Zunahme ___ kg	<input type="checkbox"/> Abnahme ___ kg	<input type="checkbox"/> konstant	
Mir ist oft kalt/warm	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Ich schwitze übermäßig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nachts	
Ich habe oft Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Ich habe Luftnot	<input type="checkbox"/> im Liegen	<input type="checkbox"/> beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> bei Aufregung	

In meiner Familie sind folgende Erkrankungen bekannt

Herzkrankheit/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	bei wem? _____
Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	bei wem? _____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	bei wem? _____
Krebs	<input type="checkbox"/>	bei wem/welche Art? _____

Ich bin regelmäßig in Behandlung bei

<input type="checkbox"/> Lungenarzt	<input type="checkbox"/> Kardiologe	<input type="checkbox"/> Orthopäde
<input type="checkbox"/> Urologe	<input type="checkbox"/> Neurologe	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____



Anamnesebogen

Wir möchten Sie individuell und optimal behandeln!

Bitte geben Sie uns Ihre Vorstellung, wie SIE behandelt werden möchten:

- Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner Krankenkasse erstattet werden
- Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende Gesundheitsleistungen, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn Sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

Wie sind Sie auf unserer Praxis aufmerksam geworden?

- Telefonbuch
- Nach Empfehlung
- Annonce in der Zeitung
- Zufällig
- Internet
- Mundpropaganda
- Nutzen Sie das Internet? ja nein

Welche Selbstzahler-Leistungen interessieren Sie besonders?

- Vorsorge Herz (Kardio-Check)
- Eigenbluttherapie
- Vitamin-Aufbaukuren (Vit. B, Vit. C, Folsäure, Thymus-Therapie)
- Mikrozirkulationstherapie (z.B. bei Schwindel, Durchblutungsstörungen)
- Leber-Check
- Homöopathie
- Ultraschall der Schilddrüse, der Blutgefäße, des Herzens

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen sehr gern zur Verfügung.

DIE PRAXIS

KONTAKT:

www.diepraxis-harz.de

Klubgartenstraße 3
38640 Goslar

Tel.: 05321 – 38 32 321
Fax: 05321 – 38 32 322

goslar@diepraxis-harz.de

Ilseburger Straße 95
38667 Bad Harzburg

Tel.: 05322 – 53 000
Fax: 05322 – 55 87 443

badharzburg@diepraxis-harz.de