

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 weitergegeben.

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____

Tagsüber telefonisch erreichbar: _____

E-Mail: _____

Ehemaliger Hausarzt: _____

(freiwillige Angabe)

Ich habe bereits eine Patientenverfügung
und/oder Vorsorgevollmacht erstellt.

Diese befindet sich an folgendem Ort:

☐ Zu Hause

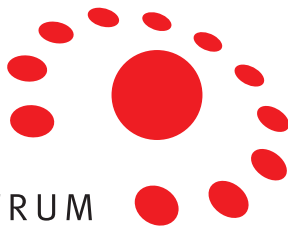
☐ Bei meinen Kindern

☐ Bei meinem Rechtsanwalt/Notar

Ich bin einverstanden, telefonisch, schriftlich oder
per eMail an bevorstehende Termine (z.B. CheckUp,
Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen) auch über
den Behandlungsfall hinaus erinnert zu werden.

☐ Ja

☐ Nein



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	<input type="text"/>

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	<input type="text"/>

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

☐ mit Brennen ☐ Startschwierigkeiten ☐ normal ☐ Nachts öfter

Ich nehme regelmäßig Medikamente ein: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche und wie oft?

Größe: cm **Gewicht:** kg

Raucher: ☐ nein ☐ ja



Anamnesebogen

In meiner Familie sind folgende Erkrankungen bekannt:

Herzkrankheit/Herzinfarkt ☐ bei wem? _____
Blutzuckerkrankheit ☐ bei wem? _____
Schlaganfall ☐ bei wem? _____
Krebs ☐ bei wem/welche Art? _____

Ich bin regelmäßig in Behandlung bei:

☐ Lungenarzt ☐ Kardiologe ☐ Orthopäde
☐ Urologe ☐ Neurologe ☐ Sonstiges _____

Allergien:

Penicillin ☐ Pollen ☐
Andere Antibiotika ☐ Lebensmittel ☐
Ibuprofen ☐
Novaminsulfon ☐ Sonstiges: _____

Wurde bei Ihnen Folgendes anerkannt:

Pflegegrad ☐ nein ☐ ja, Pflegegrad _____
Schwerbehinderung ☐ nein ☐ ja, _____ %

KONTAKT:

www.diepraxis-harz.de

Klubgartenstraße 3
38640 Goslar

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

goslar@diepraxis-harz.de

Herzog-Wilhelm-Straße 86
38667 Bad Harzburg

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

badharzburg@diepraxis-harz.de



Anamnesebogen

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)
- ☐ Leber-Check
- ☐ 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

Herzog-Wilhelm-Straße 86
38667 Bad Harzburg

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

badharzburg@diepraxis-harz.de