

# Anamnesebogen Hausarzt

Liebe Patientin,

lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten und behandeln zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Sind bei Ihnen *Vorerkrankungen* bekannt?       Nein       Ja

Wenn ja, welche?

Diabetes       Bluthochdruck       Herzschwäche       KHK

Schlaganfall       Thrombose       Schilddrüsenerkrankungen

Operationen       Krebserkrankungen       Lungenerkrankungen

psychische Erkrankungen       Krankheiten im Bauchbereich

erhöhte Blutfette       andere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil?  Ja  Nein

Wenn ja, an welchem?       Diabetes       KHK       COPD       Asthma

**WICHTIG!**

Haben Sie bekannte *Allergien*? Nein Ja

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig *Medikamente* ein? (Bitte Medikament und Dosierung angeben!)**

Name des Medikaments	morgens	mittags	abends

**Bisherige (fach-)ärztliche Behandlung durch (Name, Anschrift und Telefon)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis Dres. Med. Schäuuffele, diese in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind lediglich für den internen Gebrauch in der Praxis bestimmt und werden nicht an Dritte weiter gegeben.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift:**

\_\_\_\_\_