

Hausärztlich-internistische Gemeinschaftspraxis
mit Schwerpunkt Diabetologie Schweitzer / Windhövel
Münchener Straße 36
91567 Herrieden
Tel: 09825/5660, Fax: 09825/1750

www.aerzte-herrieden.de



Liebe Patientin, lieber Patient,

Mit Ihrem Einverständnis würden wir Sie bitten, Ihre Vorerkrankungen in diesem Anamnese-Bogen einzutragen. Dies dient zur Vereinheitlichung und rascheren Diagnosesicherung. Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden Ihren Unterlagen beigelegt und im Computer gespeichert.

Persönliche Daten:

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum: _____
Telefon _____ Mobil _____

ANAMNESE (Krankengeschichte):

Können sie sich an Kinderkrankheiten erinnern? Wenn ja, an welche?

Gibt/gab es in Ihrer Familie gehäufte Erkrankungen? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Krebs) _____

Leiden Sie an:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Hohem Blutdruck/ Herzerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Cholesterin | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankungen (Asthma/Tuberkulose o.ä.) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Magengeschwüren/Blutungen/Sodbrennen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Leber-, Gallenkrankheiten oder Darmerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankungen oder Gicht | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Erkrankungen des Gefäßsystems:

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| Schlaganfall | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Durchblutungsstörungen der Beine | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | ja <input type="checkbox"/>/Tag | nein <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | ja <input type="checkbox"/>/Tag | nein <input type="checkbox"/> |

Wurden sie operiert?

Mandelentfernung	ja <input type="checkbox"/> im Jahr	nein <input type="checkbox"/>
Blinddarmentfernung	ja <input type="checkbox"/> im Jahr	nein <input type="checkbox"/>
Gallenblasenentfernung	ja <input type="checkbox"/> im Jahr	nein <input type="checkbox"/>
Andere.....	im Jahr	
.....	im Jahr	
.....	im Jahr	
.....	im Jahr	

Besteht eine Allergie? ja gegen..... nein

Besteht eine vermehrte Blutungs- oder Infektneigung? ja nein

Führen sie einen Impfpass (bitte mitbringen)? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Würden sie gerne über Impftermine / Kontrolluntersuchungen benachrichtigt werden?
(sog. Recall-System) ja nein

Dürfen wir Unterlagen Ihres Vorbehandelnden Arztes bestellen und Ihre Unterlagen an
Fachärzte/Krankenhäuser bei Anfragen weitergeben? ja nein

Körpergröße _____ cm, aktuelles Gewicht _____ kg

Ort: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____