

Wir freuen uns Sie in der hausärztlichen Praxis Juliane Drewes begrüßen zu dürfen.
Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

PERSÖNLICHE DATEN

Vorname: _____ Nachname: _____
Telefon: _____ Geburtsdatum: _____
Handy: _____ E-Mail-Adresse: _____

VORERKRANKUNGEN

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

	Seit wann? Nähere Angaben:
Bluthochdruck	_____
Herzkrankgefäße, Herzinfarkt	_____
Herzschwäche	_____
Schlaganfall	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	_____
Zuckerkrankheit/ Diabetes	_____
Fettstoffwechselstörung	_____
Tumorerkrankungen	_____
Lebererkrankungen	_____
Chronische Infektionskrankheiten	_____
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	_____
Thrombose oder. Lungenembolie	_____
Augenerkrankungen	_____
Psychische Erkrankungen	_____
Krampfleiden/ neurologische Erkrankungen	_____
Operationen/ Unfälle	_____
Schilddrüsenerkrankung	_____
Sonstiges Venenleiden	_____
Sonstiges	_____

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

Wann „Ja“, an welchem? ☐ KHK ☐ Asthma ☐ COPD ☐ Diabetes

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein? (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis)

Medikament	morgens	mittags	abends

Falls vorhanden, bringen Sie bitte auch Ihren aktuellen Medikamentenplan zur Vorlage mit.

ALLERGIENHaben Sie Allergien? ☐ Ja ☐ NeinGegen Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wegen Welche? _____

Andere Allergien? _____

GRÖSSE & GEWICHT

Wie groß sind sie? _____ (cm) Wie viel wiegen Sie? _____ (kg)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? ☐ zugenommen ☐ abgenommen ☐ Nein**IMPFUNGEN**

Wann wurden Sie zuletzt geimpft, gegen:

Tetanus: _____ Diphtherie: _____

Pneumokokken: _____ Keuchhusten: _____

Masern: _____

 Wenn es Ihnen möglich ist, so bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum nächsten Termin mit.Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja – wie viel? _____ Nicht mehr seit: _____Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? ☐ Nein ☐ ja – wie viel? _____

CHECKUPS

Für Patienten ab 35: Wann war Ihr letzter Checkup? _____

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Darmspiegelung: ☐ Ja ☐ Nein Herzkatheter: ☐ Ja ☐ Nein

Letzte Augenkontrolle am: _____ ohne Befund ☐ Netzhautschäden ☐

Letztes EKG/Belastungs-EKG am: _____

Letzte Langzeit Blutdruckmessung am : _____

FAMILIENANAMNESE

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

☐ Bluthochdruck

☐ Zuckerkrankheit/ Diabetes

☐ Herzkrankgefäße, Herzinfarkt

☐ Tumorerkrankungen

☐ Herzschwäche

☐ Blutungsstörungen, Bluterkrankungen

☐ Schlaganfall

☐ Thrombose o. Lungenembolie

☐ Durchblutungsstörungen der Beine

☐ Schilddrüsenerkrankung

SOZIALANAMNESE

Familienstand: _____ Kinder: _____

Für Kinder: ☐ gemeinsames Sorgerecht ☐ alleiniges Sorgerecht ☐ Vater ☐ Mutter

Wohnsituation: ☐ mit Partner lebend ☐ Kinder im Haus ☐ berentet

Freizeitaktivitäten & Sport: _____

Beruf: _____

ERNÄHRUNGSBERATUNG

Haben Sie Interesse an einer individuellen Ernährungsberatung? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine spezielle Ernährungsberatung? ☐ Ja ☐ Nein

ANLIEGEN

Was ist Ihr konkretes Anliegen an uns?

Hausärztliche Betreuung

Regelmäßige Kontrollen nach Gesundheitspass

Wissensbedarf (Schulung)

Besuch der Fußambulanz

Anderes: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der hausärztlichen Praxis Juliane Drewes, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung in der hausärztlichen Praxis Juliane Drewes vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte füllen Sie zusätzlich den Fragebogen zum Wohlbefinden und zur Tagesschläfrigkeit aus.

Wir weisen darauf hin, dass die Datenübertragung im Internet – z. B. bei der Kommunikation per E-Mail – Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich. Gerne können Sie den ausgefüllten Anamnesebogen auch zu Ihrem Termin mitbringen.