Hausarztpraxis Rheidt
Dr. med. A. Ahrens und O. Maring
Frankenstraße 10 -12
53859 Niederkassel

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns Sie bei uns begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal versorgen zu können, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Name:_____ Geburtsdatum:_____

Telefon:_____ Handy:_____

E-Mail:_____

Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt:

O Diabetes	O Schilddrüsenerkrankungen	O Bluthochdruck	O KHK
O Herzschwäche	O Lungenerkrankungen	O Schlaganfall	
O erhöhte Blutfette	O Operationen	O Krebserkrankungen	
O Thrombose	O Baucherkrankungen	O psychische Erkrankungen	

Andere, nicht aufgeführte: _____

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

Medikament	morgens	mittags	abends

W I C H T I G ! Haben Sie bekannte **Allergien** (vor allem gegen Medikamente)?

O Ja O Nein Wenn „Ja“, welche: _____

Für Patienten ab 35 Jahre: Wann war Ihr letzter Check-up? _____

Hatten Sie schon mal eine Darmspiegelung? O Ja, wann:_____

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

Hausarztpraxis Rheidt
Dr. med. A. Ahrens und O. Maring
Frankenstraße 10 -12
53859 Niederkassel

Wenn Ja an welchem:

O KHK O Diabetes O Asthma O COPD O Osteoporose

Körpergröße: _____ cm Gewicht:_____ kg

Rauchen: O Ja O Nein Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich:_____

Alkohol: O Ja O Nein Wenn „Ja“, wie viel und wie häufig:_____

Freizeitaktivitäten/Sport:_____

Beruf:_____

Wohnsituation: O mit Partner lebend O Kinder im Haus O allein stehend O berentet

WICHTIG! Sind in ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt:

O Herzinfarkt O Diabetes O Bluthochdruck O Krebserkrankungen

O Schlaganfall O Durchblutungsstörungen der Beine

Bitte bringen Sie Ihren **Impfausweis** zum nächsten Termin mit!

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

DATUM:_____ **UNTERSCHRIFT**:_____