

Nelja Kotljär
Fachärztin für Innere Medizin
Bielefelder Straße 34b
32107 Bad Salzuflen
Tel. 05222 73315
Fax. 05222944295

Anamnesebogen • Hausarzt

Liebe Patientin, lieber Patient!

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

Persönliche Daten

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Telefon: _____ Fax: _____
Handy: _____ E-Mail: _____

Bezugsperson ☐ Ehefrau / Ehemann ☐ Mutter / Vater ☐ Tochter / Sohn ☐ Schwester / Bruder

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
Tel.-Nr. Festnetz: _____ Tel.-Nr. Mobil: _____

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt:

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------|
| ☐ Diabetes | ☐ Schilddrüsenerkrankungen | ☐ Bluthochdruck | ☐ KHK |
| ☐ Herzschwäche | ☐ Lungenerkrankungen | ☐ Schlaganfall | |
| ☐ erhöhte Blutfette | ☐ Operationen | ☐ Krebserkrankungen | |
| ☐ Thrombose | ☐ Bauchkrankungen | ☐ psychische
Erkrankungen | |

Andere, nicht aufgeführte: _____

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

Asthma ☐ COPD ☐ Diabetes ☐ KHK ☐

In welcher fachärztlicher Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Lungenarzt | ☐ Orthopäde | ☐ Urologe |
| ☐ Kardiologe | ☐ Neurologe | Sonstiges: _____ |

Welche Operationen hatten Sie?

Keine ☐ ja
Herz-OP ☐ ja Brust-OP ☐ ja
Bruch-OP ☐ ja Gebärmutter-OP ☐ ja
Krebs-OP ☐ ja Mandeln-OP ☐ ja
Schilddrüsen-OP ☐ ja Blinddarm-OP ☐ ja
Gallenblasen-OP ☐ ja

Sonstige Operationen: _____

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

Medikament	morgens	mittags	abends

Wichtig!

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?

Allergien: ☐ Ja ☐ Nein Wenn „Ja“, welche: _____

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

Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung**? ☐ Ja, wann: _____ ☐ Nein

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

Seit wann: _____

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

Wichtig! Sind in **Ihrer Familie** folgende Erkrankungen bekannt:

☐ Herzinfarkt ☐ Diabetes ☐ Bluthochdruck ☐ Krebserkrankungen
☐ Schlaganfall ☐ Durchblutungsstörung der Beine

Freizeitaktivitäten/ Sport: _____

Beruf: _____

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

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen.

Datum _____ **Unterschrift** _____