

Dr. med. Thorsten Rau
Innere Medizin
Kardiologie * Diabetologie

Bettina Hoppe
Allgemeinmedizin

Kaiser-Otto-Platz 9
45276 Essen
www.praxis-steele.de

Telefon 0201-84 71 60
Telefax 0201-84 71 611
info@praxis-steele.de

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Bogen mit Fragen zu Ihrer Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld und Ihrer Familiengeschichte so ausführlich, wie möglich aus. Diese Informationen helfen uns, bei der richtigen Diagnose und Therapiewahl.

Wichtig: Sind Sie Teilnehmer an einem Hausarztprogramm ? Ja Nein

Wenn ja: Welches Programm ? _____

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geschlecht: weiblich
 männlich

Geb. am: _____ Alter in Jahren: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ kg

Bei Privatpatienten: Hiermit bestätige ich über folgende Versicherung/Tarif versichert zu sein:

Ihre Beschwerden/Vorerkrankungen in der Vergangenheit:

	Ja	Nein	Welche
Herz-/Kreislaufsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lunge/Atemweg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-/Darmsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niere/Harnwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muskeln/Nerven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knochen/Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Impfpass vorhanden

Familienvorgeschichte:	Ja	Nein	Vater	... / Mutter	Geschwister
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rücken- und Gelenkkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Erkrankungen welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Gewohnheiten:

	Ja	Nein		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann? _____	Wie viel? _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft? _____	Welchen? _____
Haben Sie viel Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft? _____	Welchen? _____
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft? _____	Welchen? _____
Schlafen Sie ausreichend/gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Stunden pro Nacht	

Welche Medikamente nehmen Sie ein: (einschl. Antibabypille)

Name	Häufigkeit	Seit wann?

Krankhausaufenthalte, Operationen, Therapien, Kur (Warum?)	Datum

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten an mitbehandelnde Ärzte weitergegeben werden und bin darüber informiert, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Ja: Nein, auf gar keinen Fall:

Bei Bedarf kontaktieren Sie mich bitte

- per Telefon unter folgender Nummer: _____
- per E-Mail unter folgender Adresse: _____

Ich bin einverstanden von der Praxis per E-Mail/per Post über Befunde und Praxisleistungen informiert zu werden und kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

Datum: _____ Unterschrift: _____