



Mohammad Ayub
Facharzt für
Allgemeinmedizin
Manuelle Medizin

Dr. Raphaela Hoffmann
Fachärztin für
Allgemeinmedizin

Dr. Silvia Rüter
Fachärztin für
Allgemeinmedizin
(angestellte Ärzte)

Telefon: 05508-97770 Fax: 05508-97777 Sprechzeiten: Mo - Fr: 7:30 - 11:00, Mo, Di & Do: 16:00 - 18:00
Internet: www.Praxis-rittmarshausen.de Email: Praxis-rittmarshausen@web.de

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Rittmarshausen
Gartestraße 2 37130 Gleichen

Anamnesefragebogen

Dieser **Anamnesefragebogen** dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn vor der Konsultation sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name: Vorname: Geboren am:
Beruf: Hausarzt:
Tel: Handy: Email:

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

Vorerkrankungen	Nein	Ja	Wenn Ja , seit wann? Welche?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen/Darm Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fett-Stoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma, Knochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose / HIV (Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden bereits Operationen durchgeführt? Nein Ja Wenn Ja, welche? Wann?

.....
.....

Leiden Sie an einer Allergie? Nein Ja Wenn Ja, welche? Seit wann?

.....
.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Wenn Ja, welche? Wie oft?

.....
.....

.....
.....

Vegetative Anamnese		
Durst	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
Appetit	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
Stuhlgang	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
Wenn nicht normal	Durchfall <input type="checkbox"/>	Verstopfung <input type="checkbox"/>
Wenn Durchfall	Mit Blut <input type="checkbox"/>	Mit Schleim <input type="checkbox"/>
Wasserlassen	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
Nachts öfter als 2x	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gewicht	Zunahme <input type="checkbox"/>	Abnahme <input type="checkbox"/>
Aktuelles Gewicht Kg	Größe: ... cm

Zigaretten Nein Ja
 Wenn ja, wie viele am Tag ...

Alkohol Nein Ja
 Wenn ja täglich ab und zu

Für Patientinnen:			
Besteht eine Schwangerschaft	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Geburten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wieviele:.....Wann:.....
Antibabypille	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Monatsblutung regelmäßig	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Vorsorge beim Frauenarzt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Letzte Vorsorge

Leidet jemand aus Ihrer Familie an folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Besitzen Sie einen Impfausweis? Nein Ja

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Vorsorge-Untersuchungen		
Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lebensjahr?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , Wann?.....
Vorsorge Darmspiegelung ab 55. Lebensjahr?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , Wann?.....
Krebsfrüherkennung für Männer ab 45. Lebensjahr?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , Wann?.....
Hautkrebs-Vorsorge ab 35. Lebensjahr?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , Wann?.....

Möchten Sie an anstehende Vorsorgetermine per Email und/oder telefonisch erinnert werden?

Nein Ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Telefonbuch Internet Sonstiges

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.
 Ihr Praxisteam der Hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Rittmarshausen.

 Datum

 Unterschrift