

## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in der Hausarztpraxis Akhouaji. Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, bei Ihrem ersten Besuch den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

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

Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Schlaganfall	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes mellitus	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Lungenerkrankungen (Asthma/ COPD)	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Neurologische/ Psychische Erkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Suchterkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>

Kommen in Ihrer Familie gehäuft chronische Erkrankungen vor? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Schnarchen Sie?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>

**Haben Sie Allergien?**

Nein  Ja

- Gegen Medikamente?

Nein  Ja

- Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

- Andere Allergien: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

---

**Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfpass mit!**

Einverständniserklärung

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen und Vorsorge erinnern?

Nein  Ja

**Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!**

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen einen Termin am selben Tag.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_