



PRAXIS AM
BEBELPLATZ

Dr. med. Holger Haas
Facharzt für Allgemeinmedizin

Reichenberger Allee 2a
24146 Kiel
Tel.: 0431/781166
Fax: 0431/786644

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bitten Sie, alle nachstehenden Fragen sorgfältig zu beantworten.
Die Fragen ersetzen nicht das persönliche Gespräch, erleichtern es aber.

Allgemeine Anamnese

Herr Frau Divers

Name: Vorname:

Geburtstag:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon (Festnetz/Mobil/geschäftlich):

E-Mail:

Wer war Ihr letzter Hausarzt:.....

Familienstand: Kinder:

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen (Name und Tel.):
.....

Hobbys:

Freizeitaktivitäten:

- Sport (welcher): → regelmäßig: Ja Nein
 andere

Welchen Beruf haben Sie?

Besteht: Arbeitslosigkeit Erwerbsminderungsrente Rente

Pflegegrad (Welcher?): Gesetzliche Betreuung

Krankenkasse:

Zuzahlungsbefreit Mitglied Familienmitglied

Bei Privatversicherten Tarif:

Basistarif Standard Kompakt Modul Notlagen

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

- Bluthochdruck
- Herzkranzgefäßkrankung, Herzinfarkt
- Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen)
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
- Zuckererkrankung / Diabetes Mellitus
- Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte)
- Tumorerkrankungen
- Chronische Infektionskrankheiten
- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
- Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Tbc)
- Thrombose oder Lungenembolie
- Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star)
- Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)
- Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen
- Chronische Hautkrankheiten (Schuppenflechte, Neurodermitis)
- Rheuma
- Sonstige

Bitte nenne Sie hier die genauen Diagnosen Ihrer oben angegebenen Erkrankungen:

.....

Rauchen Sie? Wieviel? Zigaretten / Tag

Konsumieren Sie Alkohol? Wieviel? Gläser / Woche

Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt (z.B. Medikamente, Kontrastmittel, etc.)?

Wogegen?

Wie groß sind Sie: cm Wieviel wiegen Sie:kg

Tragen sie bitte Ihre Medikamente mit Dosierung (auch Selbstmedikation) in der Tabelle ein:

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	
					<input type="checkbox"/> Täglich, <input type="checkbox"/> Bedarf
					<input type="checkbox"/> Täglich, <input type="checkbox"/> Bedarf
					<input type="checkbox"/> Täglich, <input type="checkbox"/> Bedarf
					<input type="checkbox"/> Täglich, <input type="checkbox"/> Bedarf
					<input type="checkbox"/> Täglich, <input type="checkbox"/> Bedarf

					<input type="checkbox"/> Täglich, <input type="checkbox"/> Bedarf
					<input type="checkbox"/> Täglich, <input type="checkbox"/> Bedarf
					<input type="checkbox"/> Täglich, <input type="checkbox"/> Bedarf
					<input type="checkbox"/> Täglich, <input type="checkbox"/> Bedarf

Welche der folgenden Untersuchungen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?

- Gesundheitsuntersuchung
- Krebsfrüherkennung:
 - Darmspiegelung
 - Urologische Vorsorge
 - Ultraschalluntersuchung der Bauchschlagader
 - Hautkrebsscreening
 - Gynäkologische Vorsorge

Besteht:

- eine Schwangerschaft? Ja Nein
- Hepatitis B oder C Ja Nein
- HIV Ja Nein

Operationen:

Wann	Was

Nehmen Sie an einem DMP-Programm teil?

- Asthma
- COPD
- KHK
- Diabetes Typ II
- Osteoporose
- Rheumatoide Arthritis

Welcher Arzt hat Sie im DMP-Programm eingeschrieben?

Familienanamnese:

Welche der folgenden Krankheiten sind in Ihrer Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) bekannt?

- Bluthochdruck
- Herzkrankgefäßerkrankung, Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
- Zuckererkrankung / Diabetes Mellitus
- Fettstoffwechselerkrankungen
- Tumorerkrankungen

- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
- Thrombose oder Lungenembolie
- Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)

Wir danken für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen zusammen mit Ihrem Impfausweis, Ihren Vorbefunden und den weiteren Unterlagen zur Datenverarbeitung und Schweigepflicht am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne!