

Gertrud Metzelder

Hausärztin - Internistin - Palliativmedizin

Dr. med. Carolina Jüntgen

Hausärztin - Allgemeinmedizin

46236 Bottrop

Gerichtsstraße 22

Tel.: 02041/20581

Fax: 02041/20584

E-Mail: praxis@gertrud-metzelder.de

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

1.

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Plz:

Beruf:

Telefonnummer:

Stadt:

2.

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt (bitte Ankreuzen)

Bluthochdruck

Herzkrankheit/Herzinfarkt

Fettstoffwechselstörung

Blutzuckerkrankheit

Asthma/Chronische Bronchitis

Blutgerinnungsstörung

Schlaganfall

Thrombose/Lungenembolie

Magen/Darmerkrankung

Lebererkrankung

Nierenerkrankung

Gelenkerkrankung/Rheuma

Harnstoffwechselstörung/Gicht

Schilddrüsenerkrankung

Nervenerkrankung

Anfallsleiden/Epilepsie

Gemütsleiden

Hauterkrankung

Tumorerkrankung

Chronische Infektionskrankheit

Andere

2a.

Leidet jemand aus Ihrer Familie an den oben genannten Erkrankungen

Wenn ja , an welchen ?

3.

Leiden Sie an Allergien?

Wenn ja an welchen ?

4.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja welche ? Nein Ja

5. Wurden bereits Operationen durchgeführt ?

Wenn ja welche ? Wann Nein Ja

6. Körpergröße cm / Gewicht Kg

7. Zigaretten? Nein Ja

Wenn ja, wie viele am Tag ?
 Wenn ja, seit wie viel Jahren?

Alkohol?
 Wenn ja, täglich? ab und zu?

8. Für Patientinnen im gebärfähigen Alter ?

| | | |
|-------------------------------|------|----|
| Besteht eine Schwangerschaft? | Nein | Ja |
| Antibabypille | Nein | Ja |

9. Vegetative Anamnese (bitte Ankreuzen)

| | | |
|--------------------------|-------------|----------------|
| Durst | Normal | Vermehrt |
| Appetit | Normal | Vermehrt |
| Stuhlgang | Normal | Vermehrt |
| Wenn nicht normal | Durchfall ? | Verstopfung? |
| Wenn Durchfall | Mit Blut ? | Mit Schleim |
| Wasser lassen | Normal | Vermehrt |
| Startschwierigkeiten | Ja | Nein |
| Nachts öfter als 1-2 mal | Ja | Nein |
| Nachtschweiß | Ja | Nein |
| Gewicht | Konstant | Nicht konstant |
| | Zunahme | Abnahme |

10. Soziale Anamnese

Familienstand
 Kinder
 Schwerbehinderung
 Pflegestufe
 Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

11. Besitzen Sie einen Impfausweis ? Nein Ja

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

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