

Anamnesebogen

Persönliche Daten

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____
Tel.-Nr. Festnetz: _____ Tel.-Nr. Mobil: _____
E-Mail: _____
Gewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm BMI: _____

Berufliche Situation:

- Schüler/Student
- Hausfrau
- Rentner
- berufstätig als: _____

Notfallkontakt/Bezugsperson

- Ehefrau/Ehemann
- Mutter/Vater
- Tochter/Sohn
- Schwester/Bruder
- _____

Name, Vorname: _____
Straße, Hausnr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____
Tel.-Nr. Festnetz: _____ Tel.-Nr. Mobil: _____
E-Mail: _____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | |
| <input type="checkbox"/> KHK/Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen/Asthma/COPD |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung der Beine |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Thrombose/Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> chronische Infektionen |
| <input type="checkbox"/> Hautkrankheit | |

Wenn Ja, welche: _____

Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen

Migräne

psychische Erkrankungen

Wenn Ja, welche: _____

Andere, nicht aufgeführte Erkrankung: _____

Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil?

Ja Nein

Wenn Ja, an welchem: Diabetes KHK Asthma COPD

Möchten Sie über ergänzende Gesundheitsleistungen informiert werden, die für Sie geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn sie über das Leistungsspektrum Ihrer Krankenkasse hinausgehen?

Nein Ja

Möchten Sie vom Recall-System profitieren? ja
 (empfehlen wir sehr, können Sie jederzeit widerrufen, falls dennoch nicht gewünscht, dann bitte streichen)
 An welche Termine möchten Sie erinnert werden?
 Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lj.
 Krebsvorsorge nur bei Männern ab 46. Lj.
 Impfungen
 DMP (Desease Management Programm)
 Auf welchem Weg möchten Sie informiert werden?
 E-Mail Telefon Post

Lebenssituation
 Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Nein Ja, _____ Prozent
 Haben Sie eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht? Nein Ja
 Gibt es besondere Belastungen im täglichen (Berufs-)Leben? Nein Ja:
 Sie sind ledig verheiratet getrennt lebend verwitwet
 Haben Sie Kinder? Nein ja: _____ /ggf. Geburtsjahr(e) _____
 Rauchen Sie? Nein ja, _____ Zigaretten /Tag, seit _____ Jahren
 Trinken Sie Alkohol? Nein gelegentlich regelmäßig
 Wenn Ja, wie viel und wie häufig:
 Benötigen Sie ein(e) Hörgerät Brille/Kontaktlinsen
 Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv: beruflich In Ihrer Freizeit (Sport)
 In welcher Etage befindet sich Ihre Wohnung? _____
 Fahrstuhl? Nein Ja Wie viele Stufen? _____

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt?
 Herzkrankheit/Herzinfarkt bei wem? _____
 Bluthochdruck bei wem? _____
 Blutzuckerkrankheit bei wem? _____
 Schlaganfall bei wem? _____
 Darmkrebs bei wem? _____
 Brustkrebs bei wem? _____
 Krebs, sonst. bei wem? _____

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?
 Masern Mumps Röteln Windpocken
Wann wurden Sie zuletzt geimpft, gegen:
 Tetanus: _____ Diphtherie: _____
 Pneumokokken: _____ Keuchhusten: _____
 Masern: _____
 Wenn es Ihnen möglich ist, bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum nächsten Termin mit.

Für Patienten ab 35 Jahre:
 Wann war Ihr letzter Check-up?
 Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Ja, wann: _____ Nein

In welcher fachärztlichen Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?
 Lungenarzt Orthopäde Urologe Kardiologe Neurologe
 Sonstiges: _____

