

**FRAGEBOGEN ZUR ANAMNESEERHEBUNG**

Pat.Nr: Datum:

**N A M E :**

Liebe Patientin !

Wir begrüßen Sie ganz herzlich in unserer Praxis. Damit wir uns ein Bild von ihrem Gesundheitszustand machen können, möchten wir Sie bitten, in der Wartezeit folgenden Fragebogen für uns auszufüllen. Vielen Dank !

Bei der Untersuchung von Proben arbeitet die Praxis mit anderen Leistungserbringern zusammen. In diesem Fall werden persönliche Daten übermittelt ( §3 Abs.9 BDSG ). Bei privat Versicherten erfolgt gegebenenfalls eine gesonderte Leistungsabrechnung.

**BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN / UNTERSTREICHEN:**

	nein	ja
Haben Sie einen Hausarzt? Name: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überweisung/Vorbehandlung durch Dr: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollen wir ihrem Hausarzt einen Bericht schicken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Üben Sie einen Beruf aus, welchen: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Rentner/Pensionär/Azubi/Schüler/Student .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie Sport? welchen: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel Zigarretten / Tag .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewicht: ..... Größe: ..... Blutdruck: ..... Pulsfrequenz: .....		

**Aus welchem Grund suchen Sie die Praxis auf ?**

Unfall / Verletzung – Datum: ..... Uhrzeit: .....  
Arbeit( ) Schule( ) Arbeits/Schulweg( ) Privat( )

**Unfallhergang:** .....

**Allgemein:** .....

**Operation / Planung-Beratung / nach Operation:** .....

Werden Sie regelmäßig medizinisch behandelt

Sind Sie schon einmal operiert worden / wann / weshalb: .....

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein .

z.B. Marcumar o.ä., ASS, Pradaxa, Xarelto, Plavix, Iscover, Metformin,  
Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein, welche:

.....

Sind Sie gegen Tetanus/Wundstarrkrampf geimpft, Datum:

Wurde schon einmal eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen festgestellt:

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Nervenkrankheit
<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Krampfanfall
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule/Bandscheibe
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Lebererkrkg/Hepatitis
<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/> Offene Beine
<input type="checkbox"/> Magengeschwür	<input type="checkbox"/> Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung/Rheuma
<input type="checkbox"/> Knochenbruch	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Bösartige Erkrankung
<input type="checkbox"/> Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Nierenkrankheit	<input type="checkbox"/> Allergie, welche:
<input type="checkbox"/> Welche andere Ihnen wichtige Erkrankung:		

Schwangerschaft: besteht/möglich/ausgeschlossen

**UNTERSCHRIFT**