

Hausarztpraxis am Römerbad

M. Pawelczyk
Dr. med. S. Geist
Dr. med. S. Barschkies

ANAMNESEBOGEN

Name: _____ Geburtstag: _____ Geschlecht: w | m | d
Beruf: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Ernährungsgewohnheiten

- Mischkost
- Vegetarisch
- Vegan
- Sonstige

Rauschmittel-/Zigarettenkonsum

- Zigaretten, Menge: _____
- Alkohol, Menge: _____
- Drogen, Menge: _____

Wohnsituation

- alleine
- mit Familie
- betreutes Wohnen
- Seniorenheim

Impfpass vorhanden?

- nein ja
- (bitte legen Sie uns diesen vor)

Patientenverfügung vorhanden?

- nein ja

Pflegegrad/Schwerbehinderung

- nein ja
- GdB in % _____

Chronische Erkrankungen

Lungenerkrankung

- nein ja
- Asthma
- COPD
- Andere



Hauterkrankung

- nein ja
- Neurodermitis
- Schuppenflechte
- Andere



Herz-Kreislauf-Erkrankung

- nein ja
- Bluthochdruck
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- angb. Herzfehler
- KHK



Neurologische Erkrankung

- nein ja
- Epilepsie
- MS
- Parkinson
- Demenz
- Depression
- Psychose
- Andere



Stoffwechselerkrankung

- nein ja
- Diabetes
- hohes Cholesterin
- Schilddrüsenerkrankung
- Gicht
- Andere



Sonstiges

- nein ja
- Grauer-/Grüner Star
- Rheuma
- chron. Hepatitis
- Leber-/Nierenerkr.
- Krebserkrankungen

Hausarztpraxis am Römerbad

M. Pawelczyk
Dr. med. S. Geist
Dr. med. S. Barschkies

Allergien

- nein
- ja
 - Wespen-/Bienenngift
 - Pollen
 - Medikamente
 - _____
 - _____
 - Lebensmittel
 - _____
 - _____
 - Andere
 - _____



Operationen

- nein
- ja
 - Herz
 - Gefäße
 - Bauch
 - _____
 - Bewegungsapparat
 - _____
 - Wirbelsäule
 - _____
 - Sonstige
 - _____



Familienanamnese Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck | Demenz / Alzheimer | Herzerkrankungen | Schlaganfall | Thrombose
- Krebserkrankungen | Asthma / COPD | Diabetes mellitus | Asthma bronchiale | Allergien

Letzter Check-Up

- Allgemeinarzt, im Jahr _____
- Hautarzt, im Jahr _____
- Krebsvorsorge beim Frauenarzt/Urologen,
im Jahr: _____
- Darmspiegelung, im Jahr: _____

Sozialanamnese

- Familienstand: _____
- Kinder: _____
- Sport (was, wie oft?): _____
- _____
- Haben Sie ein Organspendeausweis?
- nein ja

Dauermedikamente (auch Pille, Medikamenten-/Hormonpflaster)

- nein ja (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten)



Datum, Unterschrift