

 Die Ärzte am Marktplatz	1.11 Anamneseerhebung – 1.11a Anamnesebogen	Seite 1
	1.11a DOK - Anamnesebogen	

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**wir begrüßen Sie ganz herzlich in unserer Praxis „Die Ärzte am Marktplatz“. Um Sie optimal beraten bzw. behandeln zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.**

### 1. Stammdaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### 2. Allgemeine Angaben

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie:  nein  ja, wie viel pro Tag: \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol:  nein  ja,  1-2x/Woche  3-4x/Woche  täglich

Schnarchen Sie:  nein  ja -  sind Atemaussetzer bekannt?

Leiden Sie unter Schlafstörungen:  nein  ja

Pflegegrad:  nein  ja, welcher: \_\_\_\_\_

Behinderungsgrad:  nein  ja, welcher: \_\_\_\_\_ Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Bitte wenden 

erstellt am: 05.08.2019 von: K. Elsesser	geprüft und freigegeben am: 09.09.2019 von: Die Ärzte am Marktplatz	Version: 1
--	---	------------

Nehmen Sie an einem DMP Programm teil:  nein  ja, welches: \_\_\_\_\_

### 3. Erkrankungen

**Haben o. hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen, wenn ja welche?**

Herzerkrankung:  nein  ja, \_\_\_\_\_

Bluthochdruck:  nein  ja, \_\_\_\_\_

Blutgerinnungs-  
störung:  nein  ja, \_\_\_\_\_

Diabetes:  nein  ja, \_\_\_\_\_

Infektions-  
erkrankungen:  nein  ja, \_\_\_\_\_

Schilddrüsen-  
erkrankung:  nein  ja, \_\_\_\_\_

Atemwegs-  
erkrankung:  nein  ja, \_\_\_\_\_

Tumor-  
erkrankung:  nein  ja, \_\_\_\_\_

Autoimmun-  
erkrankung:  nein  ja, \_\_\_\_\_

Schlaganfall:  nein  ja, wann: \_\_\_\_\_

Herzinfarkt:  nein  ja, wann: \_\_\_\_\_

Krampfanfälle  nein  ja, wann: \_\_\_\_\_

Thrombose:  nein  ja, wann: \_\_\_\_\_

Psychische-  
erkrankung  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

sonstige: \_\_\_\_\_

Bitte wenden 



#### 4. Familienanamnese

Sind folgende Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt, wenn ja, bitte den entsprechende Familiengrad ankreuzen.

	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemwegserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autoimmunerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 5. Medikamente

Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle Ihre aktuellen Medikamente ein, falls kein Medikamentenplan bereits besteht.

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts