

Anmeldebogen für Patienten

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Tel: _____

E-Mail-Adresse: _____

bisheriger Hausarzt: _____

Ich habe die Vorbefunde abgegeben: JA ☐ NEIN ☐

1. Welche Vorerkrankungen sind Ihnen bekannt? keine ☐

Bluthochdruck	JA ☐	NEIN ☐
Blutzuckerkrankheit	JA ☐	NEIN ☐
Herzkrankheit	JA ☐	NEIN ☐
Magenerkrankung	JA ☐	NEIN ☐
Tumorerkrankung	JA ☐	NEIN ☐
Nierenerkrankung	JA ☐	NEIN ☐
Hautkrankheit	JA ☐	NEIN ☐
Fettstoffwechselstörung	JA ☐	NEIN ☐
Gicht	JA ☐	NEIN ☐
Gelenk Rheuma	JA ☐	NEIN ☐
Tuberkulose	JA ☐	NEIN ☐
Aids	JA ☐	NEIN ☐
Leberentzündung	JA ☐	NEIN ☐
Asthma	JA ☐	NEIN ☐
psychische Erkrankung	JA ☐	NEIN ☐
Anfallsleiden	JA ☐	NEIN ☐

Krebsvorsorgen:

Haben Sie schon eine Krebsvorsorge bei sich durchführen lassen? JA ☐ NEIN ☐

wenn JA, welche?	Mammographie	wann? _____
	Unterleib (bei Frauenarzt)	wann? _____
	Unterleib (bei Urologe)	wann? _____
	Stuhltest	wann? _____
	Darmspiegelung	wann? _____
	Hautkrebsscreening	wann? _____

Sonstige Krankheiten:

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? JA ☐ NEIN ☐

wenn JA: Medikamentenplan liegt vor: JA ☐ NEIN ☐

Verhütung: JA ☐ NEIN ☐

wenn JA, welche? _____

Wenn kein Medikamentenplan vorliegt: Welche Medikamente werden eingenommen?

3. Hatten Sie Operationen (mit ungefährender Zeitangabe) ?

Blinddarm JA ☐ NEIN ☐

Mandeln JA ☐ NEIN ☐

Gallenblase JA ☐ NEIN ☐

Sonstige Operationen:

4. Sind Allergien bekannt ? JA ☐ NEIN ☐

wenn ja, welche ?

Medikamente JA ☐ NEIN ☐

Aspirin (Acetylsalicylsäure) JA ☐ NEIN ☐

Blütenstaub JA ☐ NEIN ☐

Tierhaare JA ☐ NEIN ☐

Hausstaubmilben JA ☐ NEIN ☐

Nahrungsmittel JA ☐ NEIN ☐

wenn JA, welche? _____

Nickel JA ☐ NEIN ☐

Sonstige Allergien (andere Medikamente etc.)

5. Sozialanamnese:

Familienstand: _____

Kinder: _____

6. Familiengeschichte (Mutter, Vater oder Geschwister sind daran erkrankt):

Bluthochdruck	JA	☐	NEIN	☐	wer? _____
Blutzuckerkrankheit	JA	☐	NEIN	☐	wer? _____
Fettstoffwechsel	JA	☐	NEIN	☐	wer? _____
Herzinfarkt	JA	☐	NEIN	☐	wer? _____
Asthma	JA	☐	NEIN	☐	wer? _____
Krebs	JA	☐	NEIN	☐	wer? _____

wenn ja, welcher: _____

Sonstiges aus der Familienvorgeschichte:

7. Raucher? Drogen ? Alkohol? ☐ JA ☐ NEIN

wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag ? _____

wenn Ja, welche Drogen ? _____

wenn Ja, wie viel Alkohol am Tag? _____

8. Größe? _____ Gewicht? _____

9. Impfungen: Impfpass vorhanden JA ☐ NEIN ☐

10. Schwerbehindertenausweis vorliegend JA ☐ NEIN ☐

wenn ja, wieviel Prozent: _____

11. Pflegestufe JA ☐ NEIN ☐

wenn ja, welche (1,2 oder 3)? _____

12. Haben Sie eine Vollmacht für ihre medizinischen Belange ? JA ☐ NEIN ☐

wenn JA, WER ist bevollmächtigt:

Name: _____

Telefonnr.: _____

13. Haben Sie eine Patientenverfügung? JA ☐ NEIN ☐

wenn JA, bringen Sie die Unterlagen bitte zum Einscannen in der Praxis vorbei

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten