

PRAXIS AM GERADEN WEG
Am Geraden Weg 15 ,44805 Bochum
Tel. 0234/850201 Fax 0234/850029

Dr. med. Thomas Möller Facharzt für Allgemeinmedizin
Betriebsmedizin Reisemedizin
Gelbfieberimpfstelle No. 394
Eva Maria Purat Fachärztin f. Allgemeinmedizin

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie in unsere Praxis gekommen sind. Gerne beraten wir Sie in allen Gesundheitsfragen und helfen Ihnen gesund zu bleiben oder gesund zu werden.

Nehmen Sie sich Zeit die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Allerdings wäre eine möglichst vollständige Ausfüllung sehr hilfreich für den Behandlungsablauf. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, lassen Sie diese zunächst offen. Unsere Mitarbeiterinnen sind Ihnen gerne später bei der Beantwortung behilflich.

Den ausgefüllten und unterschriebenen Bogen händigen Sie uns bitte beim Erstkontakt aus.

Patient:
Name Vorname geb.

Anschrift:
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat):..... E-Mail:.....

Mobil:.....

Ihre Wünsche:

Ich wünsche einen Check-up	Ja:.....	Nein:.....	
Ich komme wegen einer akuten Erkrankung	Ja:.....	Nein:.....	
Ich komme wegen einer chronischen Erkrankung	Ja:.....	Nein:.....	
Ich bitte um Überprüfung meines Impfschutzes	Ja:.....	Nein:.....	(Bringen Sie bitte Ihren Impfausweis mit.)
Ich komme wegen:			

Möchte ich dem Arzt persönlich, mitteilen: _____

Allergien: Ja:..... Nein:..... Wenn ja, welche:

Medikamentenunverträglichkeiten: Ja:..... Nein:..... Wenn ja, welche:

Sind Sie Schwanger? Ja:..... Nein:..... Wenn ja, im wievielten Monat?

Rauchen Sie? Ja:..... Nein:..... Wenn ja, wieviel am Tag?.....

Treiben Sie Sport? Ja:..... Nein:..... Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche?

Leiden Sie unter Schlafstörungen: Ja:..... Nein:..... Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche?

Operationen/Bestrahlung? Ja:..... Nein:..... Wenn ja, welche (wenn möglich mit Jahreszahl):

Gibt es besondere Belastungen im Berufsleben: Ja:..... Nein:.....

Beruf: Wenn ja, welche Belastungen?

.....

Haben Sie einen Schwerhindertenausweis? Ja:..... Nein:..... (.....Prozent)

Haben Sie eine Pflegestufe? Ja:..... Nein:..... (Pflegestufe.....)

Bei mir sind folgende chronische Erkrankungen bekannt:

Diabetes mellitus Typ 1	—	Erkrankungen des Verdauungstraktes	—	Bluthochdruck	—
Diabetes mellitus Typ 2	—	Osteoporose	—	Vo rhofflimmern	—
Lebererkrankung	—	Nahrungsmittelunverträglichkeit	—	sonstige Herzerkrankungen	—
Nierenerkrankung	—	Neurologische Erkrankungen	—	Durchblutungsstörungen	—
Erhöhte Blutfettwerte	—	Psychische Erkrankungen	—	Krebserkrankungen	—
Schlaganfall	—	Epilepsie	—	Rheuma	—
HIV	—	Verdauungsprobleme	—	Varikosis	—

Hier können sie die o.g. Erkrankungen näher beschreiben:

Sonstige Erkrankungen:

Familienvorgeschichte :

Bluthochdruck:	Ja:.....	Nein:.....	Fettstoffwechselstörung:	Ja:.....	Nein:.....
Blutzuckerkrankheit:	Ja:.....	Nein:.....	Herzinfarkt:	Ja:.....	Nein:.....
Krebs:	Ja:.....	Nein:.....	wenn, ja welcher?		
Schlaganfall:	Ja:.....	Nein:.....			

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament (z.B. Ibuprofen)	Dosierung (z.B. 400mg)	Verteilung über Tag (z.B. 1-0-1)

Vielen herzlichen Dank!

Datum, Unterschrift