

Dieser **Anamnesebogen** dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn vor der Konsultation sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Männlich Weiblich

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Familienanamnese

(wenn ja dann bitte wer, (Mutter=M, Vater=V, Großmutter=GM, Großvater=GV)

Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Herzkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gicht	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
HIV - Aids	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Andere Vorerkrankungen: _____

Allergien

Gegen Medikamente Nein Ja

Wenn ja, gegen welche? _____

Andere Allergien: _____

Hatten Sie bereits eine/mehrere Operationen?

Wenn ja, welche und wann?:

Allgemeine Gesundheitsfragen:

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

Gewichtsveränderung Keine Zunahme _____ kg in _____ Monaten

Abnahme _____ kg in _____ Monaten

Rauchen Sie? Nein Ja

Wie viele Zigaretten am Tag? _____ Seit wie viel Jahren?: _____

Trinken Sie Alkohol Nein Ja Was, wie oft und wie viel?

Nehmen Sie Medikamente Nein Ja Welche? _____

Sind Sie schwanger Nein Ja

Haben Sie einen kompletten Impfschutz? Nein Ja

Wenn nicht, bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit.

Wann war die letzte Vorsorge-Untersuchung (Check up 35)? _____

Wann wurde die letzte Hautkrebs-Vorsorge durchgeführt? _____

Möchten Sie an anstehende Vorsorgetermine per Brief und/oder telefonisch
erinnert werden? Nein

Bisheriger Hausarzt: _____

GESUNDHEITSPRAXIS NEUSS
Straaten

Dr.med. Andreas Kutscha & Dr.med. Stephanie

41470 Neuss-Allerheiligen Albertus-Magnus-Str. 15
Tel. 02137.77265

Uns interessiert, wie Sie zu uns kamen

Durch Empfehlung

von: _____

Telefonbuch Internet Sonstiges

**Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit
genommen haben.**

Einverständnis zur Informationsweitergabe:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis -
sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist - zugänglich sind.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit
verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen z.B. im Rahmen von Überweisungsaufträgen unter
Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B.
Fachärzte oder Psychotherapeuten übermittelt werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____