Gemeinschaftspraxis de Greck und Dietz

Frau S. de Greck – Fachärztin Allgemeinmedizin

Herr Ph. Dietz – Facharzt Innere Medizin und Allgemeinmedizin
Palliativmedizin

Zentrumstrasse 11, 21745 Hemmoor

Tel.04771 3110 Fax 04771 643700

Anmeldung@Hausarzt-Hemmoor.de

www.Hausarzt-Hemmoor.de

de Greck & Dietz
Praxis für Allgemeinmedizin

Anamnese-Bogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bitten, den folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen und zu dem vereinbarten Untersuchungstermin mitzubringen.

Vielen Dank !

Das Praxisteam

Patient

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: m☐ w☐ d☐ Familienstand:

Beruf:

Adresse:

Kinder: Telefon/Handy:

Größe: cm Gewicht: kg

Krankenkasse: Zusatzversicherung:

Pflegegrad: Schwerbehindertenausweis:(Merkzeichen):

Betreuer: Kontaktperson:

Gewohnheiten:

Rauchen Sie? Ja☐ Nein☐ Wieviel : Seit:

Trinken Sie Alkohol? Ja☐ Nein☐ Wie oft:

Treiben Sie Sport? Ja ☐ Nein ☐ Wie oft
Welchen

Wieviel schlafen Sie? Stunden pro Nacht

Schnarchen Sie ? Ja ☐ Nein ☐ Leiden Sie an Tagesmüdigkeit? Ja ☐ Nein ☐

Vorerkrankungen bei Ihnen

ALLERGIEN:

Bluthochdruck: ja ☐ nein ☐

Diabetes mellitus: ja ☐ nein ☐ Typ 1 ☐ Typ 2 ☐ Insulinpflichtig ☐

Schilddrüsenerkrankung: ja ☐ nein ☐ Welche?

Blutgerinnungsstörungen: ja ☐ nein ☐ Welche?

Herzerkrankungen: ja ☐ nein ☐ Welche?

Lungenerkrankung: ja ☐ nein ☐ Welche?

Magen-Darm-Trakt: ja ☐ nein ☐ Welche?

Niere / Harnblase / Prostata: ja ☐ nein ☐ Welche?

Genital / Sexualität: ja ☐ nein ☐ Welche?

Knochen/Muskeln/Gelenke: ja ☐ nein ☐ Welche?

Hauterkrankungen ja ☐ nein ☐ Welche?

Infektioneserkrankungen ja ☐ nein ☐ Welche?

Krankenhausaufenthalte, Therapien, Kuren, Operationen (mit Datum):

Wann war die letzte Check-Up- Untersuchung

noch nie ☐ zuletzt im Jahr..

Gibt es in Ihrer Familie folgende Krankheiten?

Bei welchen Verwandten?

Herzerkrankungen	ja	☐	nein	☐
Bluthochdruck	ja	☐	nein	☐
Schlaganfälle	ja	☐	nein	☐
Übergewicht	ja	☐	nein	☐
Zuckerkrankheiten	ja	☐	nein	☐
Krebsleiden	ja	☐	nein	☐
Rheuma	ja	☐	nein	☐
Rücken- und Gelenke	ja	☐	nein	☐
Depression	ja	☐	nein	☐
andere Erkrankungen	ja	☐	nein	☐

Medikamente

Name	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Sonstiges:

Vielen Dank!