

Erstanamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
zur optimalen Betreuung bitten wir Sie
den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen.

Schuhstraße 41
29525 Uelzen
Tel: 0581 / 948 866 30
Fax 0581 / 948 866 31
info@praxis-schuhstrasse.de

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Telefon:	Handy:
Hausarzt:	Datum:

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?

Ja Nein

- Bluthochdruck, seit _____
- Diabetes mellitus, seit _____
- Fettstoffwechselstörungen, erhöhte Cholesterinwerte
- Herzinfarkt, am _____
- Schlaganfall, am _____
- Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit _____
- Thrombose, am _____ wo _____
- Lungenembolie, am _____
- Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis
- Schilddrüsenerkrankungen
- Magendarmerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Krebserkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- Allergien, welche _____
- Gicht

Wurden bei Ihnen Krankenhaus- oder Facharztbehandlungen bzw. Operationen vorgenommen,
wenn ja, wann, warum und wo?

Jahr	Erkrankung	Behandelt in / bei (bitte Name der Klinik oder Praxis angeben)

Bitte wenden!

Sind folgende Erkrankungen in Ihrer blutsverwandten Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) aufgetreten?

Ja	Nein		Bei wem? In welchem Alter?
		Herzinfarkt	
		Koronare Herzkrankheit („Bypass-OP, Stent“)	
		Schlaganfall	
		Bluthochdruck	
		Diabetes mellitus	
		Krebs, welcher?	

Rauchen Sie?

- Ja Nein
- Seit wann und wie viel pro Tag? _____
- Ich habe bis _____ geraucht.

Welchen Beruf üb(t)en Sie aus? _____

Trinken Sie Alkohol?

- Nie Ja, regelmäßig _____ / 24 h Ja, gelegentlich _____
- Ich habe früher regelmäßig Alkohol getrunken.

Magenspiegelung erfolgt?

- Ja Nein
- Wenn ja, wann zuletzt? _____

Darmspiegelung erfolgt?

- Ja Nein
- Wenn ja, wann zuletzt? _____

Urologische Untersuchung erfolgt?

- Ja Nein
- Wenn ja, wann zuletzt? _____

Gynäkologische Untersuchung erfolgt?

- Ja Nein
- Wenn ja, wann zuletzt? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament	Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Nacht	Bemerkungen