

## Gemeinschaftspraxis Dres. Leutgeb/Modl/Pielsticker

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf/Tätigkeit

Telefon

Mobiltelefon

eMail-Adresse

### Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Krankheiten? Seit wann? Nähere Angaben

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Operationen/Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?  Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmässig Alkohol? Wenn ja, wieviel?

Haben Sie Allergien?  Nein  Ja

Wenn ja, welche?

Größe  cm Gewicht  kg

Praxis Dres. Leutgeb, Modl, Pielsticker

Bismarckstr. 25

64668 Rimbach

29180911\_HE\_Anamnesebogen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein? (Medikamentenplan)

Haben Sie Medikamenten-  
unverträglichkeiten?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

### Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Zuckererkrankung/Diabetes mellitus	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Thrombose oder Lungenembolie	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

### Sozialanamnese

Familienstand

Beruf/Tätigkeit

Kontaktperson bei Notfällen

Sport (Was? Wie oft?)

Gibt es einen wichtigen Punkt, den Sie uns noch mitteilen möchten?

### Einverständniserklärung

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen und Vorsorge erinnern?

Nein

Ja

### Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab.

Bei weiteren Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Datum, Unterschrift