

ANAMNESEBOGEN ALLGEMEINMEDIZIN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in unserem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxisteam vom MVZ Dr. Renard & Kollegen

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail
Größe	Gewicht	Krankenkasse
Arbeitgeber	Beruf / Tätigkeit	
Vorheriger Hausarzt		

ALLGEMEINES

Besteht eine gesetzliche Betreuung? | wenn ja: Betreuer (Name & Tel. Nr.) _____

Besteht ein Pflegegrad? | wenn ja, welcher: _____ Schwerbehindertenausweis? | wenn ja, Grad: _____

Besteht ein Merkzeichen vom Versorgungsamt? | wenn ja, welches: _____ Selbstversorger? ja / nein

Folgende Erkrankungen sind bekannt, bitte ankreuzen:

Herz- / Kreislaufkrankung

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stent wo: _____ | <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzschwäche/-insuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz welcher: _____ | <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | |

Lungenerkrankung

- Asthma bronchiale Chronische Bronchitis sonstige: _____

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

- Diabetes mellitus Typ 1 Diabetes mellitus Typ 2 Insulinpflichtig
 Diabetischer Fuß Diab. Augenschädigung Diab. Nierenschwäche
 sonstige: _____

Schilddrüsenerkrankung

- Schilddrüsenunterfunktion Schilddrüsenüberfunktion Morbus Hashimoto
 Morbus Basedow Radiojodtherapie | wann: _____
 Schilddrüsenoperation | wann: _____ sonstige: _____

Rheumatologische Erkrankung

- Rheumatoide Arthritis Psoriasisarthritis Morbus Bechterew
 sonstige: _____

Hauterkrankung

- Neurodermitis Psoriasis (Schuppenflechte) sonstige: _____
 Hautkrebs | welcher: _____

Magen-Darm-Erkrankung

- Morbus Crohn Darmkrebs Colitis ulcerosa
 Darmpolyp(en) Refluxkrankheit/Sodbrennen Magenschleimhautentzündung
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten | welche: _____
 sonstige: _____

Leber-/ Gallenkrankheiten

- Leberwerterhöhung chronische Hepatitis | welche: _____ (Frühere) Gelbsucht
 Fettleber Gallensteine Leberzirrhose
 sonstige: _____

Orthopädische Beschwerden

- Rückenschmerzen Bandscheibenvorfall | wo: _____
 Gelenkbeschwerden | welche: _____
 Künstliche Gelenke | welche, wann: _____ sonstige: _____

Stoffwechselerkrankung

- erhöhtes Cholesterin erhöhte Harnsäure / Gichtanfälle

Nierenerkrankung

- chronische Nierenerkrankung Nierensteine Harninkontinenz
- Häufige Harnwegsinfekte sonstige: _____

Erkrankung der Psyche

- Depression Psychosomatische Erkrankung Psychose
- dauerhafte nervliche Belastung sonstige: _____

Erkrankung des Nervensystems

- Schlaganfall Lähmungen | wo: _____
- Morbus Parkinson Multiple Sklerose Karpaltunnelsyndrom | Seite: _____
- Epilepsie Polyneuropathie sonstige: _____

Sonstige

- Krebserkrankungen | welche, wann: _____
(auch ausgeheilte) Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hep B / C, Tbc)
- Operationen | welche: _____ Ohnmachtsanfälle
- Blutgerinnungsstörung Leukämie / Lymphome sonstige: _____

Bestehen allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen

welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (ggf. auch Rückseite nutzen)

welche und wann: _____

- | | ja | nein | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Treiben Sie regelmäßig Sport? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welchen wie oft? _____ |
| Besteht derzeit eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, Geburtstermin: _____ |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wie viel: _____ /Tag seit: _____ |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wie viel welchen: _____ /Tag seit: _____ |
| Nehmen Sie Drogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche: _____ |

Familienanamnese (1. Grades)

- Herzinfarkt vor dem 60. Lj. Darmpolyp(en) Diabetes mellitus
- Schlaganfall vor dem 60. Lj. Darmkrebs Stoffwechselerkrankung | welche: _____
- Plötzlicher Herztod Andere Krebserkrankungen | welche: _____ sonstige: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Im Vorbeigehen Telefonbuch / Gelbe Seiten Stammpatient seit Jahren
- Internet: _____ Anzeige: _____ Empfehlung / sonstiges: _____

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Dr. Renard & Kollegen mich über anstehende Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen, Aktionen, Behandlungen und über wichtige ärztliche Befunde informiert. (ggf. streichen)

Ort, Datum

Unterschrift