

Anamnesebogen



STIFTUNG
AMBULANTE ÄRZTLICHE
VERSORGUNG THÜRINGEN

Stiftungspraxis KV Thüringen

Morgenroth/Heuer

Frienstedter Weg 123a

99192 Gamstädt

Liebe Patienten, bitte füllen Sie folgenden Fragebogen für uns aus und bringen diesen zum nächsten Termin wieder mit.

Kontaktdaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Beruf: _____

Familienstand (verheiratet, in Partnerschaft, verwitwet, ledig...): _____

Haben Sie Kinder?: _____

Eigenanamnese:

Größe: _____

Gewicht: _____

Haben sie zu hohen Blutdruck?: _____

Haben sie Zucker (Diabetes)?: _____

Insulinpflichtig?: _____

Hatten sie einen Herzinfarkt?: _____

Haben sie eine andere Herzerkrankung?: _____

Haben Sie eine Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern)?: _____

Hatten sie einen Schlaganfall?: _____

Leiden sie an einer Tumorerkrankung? _____

Hatten sie eine Thrombose? _____

Hatten sie eine Lungenembolie? _____

Leiden Sie an einer Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD, Lungenfibrose)?:

Haben Sie Durchblutungsstörungen?: _____

Leiden Sie an einer Lebererkrankung?: _____

Haben Sie eine Blutungs/Gerinnungsstörung?: _____

Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung?: _____

Haben Sie Epilepsie oder andere neurologische Erkrankungen?: _____

Leiden Sie an einer Augenerkrankung?: _____

Leiden Sie an einer Nierenschwäche?: _____

Haben Sie erhöhte Cholesterinwerte/Blutfette?: _____

Haben Sie Allergien? _____

Gegen Medikamente?: _____

Andere Allergien?: _____

Rauchen Sie? Seit wann?: _____

Wie viele Zigaretten pro Tag?: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?: _____

stattgefundene Operationen?:

Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt? Wo und Warum?:

Besuchen regelmäßig andere Fachärzte? Wenn ja welche und warum?:

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung? _____ Wann?: _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?

Wann?: _____

Sind in Ihrer Familie (Blutsverwandte) folgende Erkrankungen bekannt?

Herzinfarkt/Bypass?: _____

Schlaganfall?: _____

Tumorerkrankungen?: _____

Thrombose/Lungenembolie?: _____

Zucker/Diabetes?: _____

Bluthochdruck? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

**Bitte bringen Sie ggf. Ihren aktuellen Medikamentenplan und
Impfzusweis mit.**

Sonstiges/ Was möchten Sie uns noch mitteilen?:
