

Gemeinschaftspraxis am Russee

Rutkamp 3, 24111 Kiel, 0431-697004

Dr. med. Jakob Duncker – Innere Medizin, Geriatrie

Ingmar Jost – Allgemeinmedizin

Wibke Trentmann – Allgemeinmedizin

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis. Wir möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und unsere gesamte Kompetenz widmen. Um Ihnen bei Ihrem aktuellen Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus und besprechen Sie ihn – falls erforderlich – mit Ihrem Partner, Ihrer Familie o.a. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen.

1. **Name, Vorname:**

2. **Geburtsdatum:**

3. **Beruf:**

4. **Telefon:**

5. **Email:**

6. **Ich wünsche einen „Check-Up“:**

(alle 3 Jahre für gesetzlich Versicherte)

7. **Ich bitte um Überprüfung meines Impfschutzes:**

(Bitte bringen Sie uns Ihren Impfpass mit)

8. **Ich möchte an meine Termine erinnert werden:**

9. **Meine Größe beträgt** _____ **cm. Mein momentanes Gewicht beträgt** _____ **kg**

10. **Ich bewege mich regelmäßig aktiv:**

Beruflich: ja nein

In meiner Freizeit: ja nein

Wie oft in der Woche: _____ Anzahl/Tag _____ Min.

11. **Ich rauche:** ja nein Zigaretten pro Tag? _____

12. **Trinken Sie regelmäßig Alkohol?** ja nein

Wieviel? _____

13. **Haben Sie einen** **Organspendeausweis**, eine **Patientenverfügung** oder eine **Vorsorgevollmacht** ?

14. **Gibt es einen** **Pflegegrad** (welcher? _____) *(früher: Pflegestufe)*

Bekommen Sie Hilfe durch einen Pflegedienst? Welcher? _____

15. In meiner Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) sind folgende Erkrankungen bekannt:

		Bei wem?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	_____
Herzkrankheit/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	_____
Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	_____
Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenkrankheit	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	_____
Cholesterin zu hoch	<input type="checkbox"/>	_____
Krebs*	<input type="checkbox"/>	_____

*Wenn ja, welche Art? _____

16. Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt:

Cholesterin zu hoch	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/>	Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>
Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	COPD	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	Schilddrüse	<input type="checkbox"/>
Art der Allergie?	_____		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Krampfleiden	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>		
Welche Art?	_____	Sonstiges:	_____

17. Ich bin regelmäßig in Behandlung bei:

Lungenarzt	<input type="checkbox"/>	Kardiologe	<input type="checkbox"/>	Orthopäde	<input type="checkbox"/>
Urologe	<input type="checkbox"/>	Neurologe	<input type="checkbox"/>	Gynäkologe	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	_____				

18. Ich hatte folgende Operationen:

Herz-OP	<input type="checkbox"/>	Brust-OP	<input type="checkbox"/>
Gefäße-OP	<input type="checkbox"/>	Gebärmutter-OP	<input type="checkbox"/>
Krebs-OP	<input type="checkbox"/>	Mandeln-OP	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse-OP	<input type="checkbox"/>	Blinddarm-OP	<input type="checkbox"/>
Gallenblase-OP	<input type="checkbox"/>	Bruch-OP	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	_____		

19. Ich nehme regelmäßig Medikamente ein: ja* nein

*Wenn ja, welche und wie oft?

20. Aktuelle Beschwerden

- | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------|
| Durst | <input type="checkbox"/> | vermehrt | <input type="checkbox"/> | vermindert | <input type="checkbox"/> | normal |
| Appetit | <input type="checkbox"/> | vermehrt | <input type="checkbox"/> | vermindert | <input type="checkbox"/> | normal |
| Stuhlgang | <input type="checkbox"/> | Durchfall | <input type="checkbox"/> | Verstopfung | <input type="checkbox"/> | normal |
| Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | mit Brennen | <input type="checkbox"/> | Startschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | normal |
| | <input type="checkbox"/> | Nachts öfter | | | | |
| Nachtschwitzen | <input type="checkbox"/> | vermehrt | <input type="checkbox"/> | normal | | |
| Gewicht | <input type="checkbox"/> | Zunahme ___ kg | <input type="checkbox"/> | Abnahme ___ kg | | |
| | <input type="checkbox"/> | konstant | | | | |
| Mir ist sehr oft kalt/warm | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| Ich schwitze übermäßig | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| Ich habe oft Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| Ich habe Luftnot/Luftmangel: | <input type="checkbox"/> | im Liegen | <input type="checkbox"/> | beim Treppensteigen | | |
| | <input type="checkbox"/> | bei Aufregung | | | | |

21. Aktuelle Beschwerden

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Ihr Praxisteam der **Gemeinschaftspraxis am Russee**