Gemeinschaftspraxis am Russee

Dr. med. Jakob Duncker • Ingmar Jost • Julia Neitzel (WBÄ)

Rutkamp 3 • 24111 Kiel

Tel.: 0431 697004 • Fax: 0431 697087 • www.praxis-rutkamp.de

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. Adresse:

4. Beruf: **5. Telefon**: **6. Email**:

6. **Ich wünsche einen „Check-Up“:** ☐
(alle drei 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	☐	_____
Herzkrankheit/Herzinfarkt	☐	_____
Blutzuckerkrankheit	☐	_____
Durchblutungsstörung	☐	_____
Schlaganfall	☐	_____
Nierenkrankheit	☐	_____
Schlaganfall	☐	_____
Cholesterin zu hoch	☐	_____
Krebs*	☐	_____

*Wenn ja, welche Art? _____

16. Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt:

Cholesterin zu hoch	☐	Bluthochdruck	☐
Schwindelanfälle	☐	Herzkrankheit	☐
Diabetes mellitus Typ 1	☐	Diabetes mellitus Typ 2	☐
Blutungsneigung	☐	Lebererkrankung	☐
Magenerkrankungen	☐	Darmerkrankungen	☐
Nierenerkrankung	☐	Rheuma	☐
Asthma	☐	COPD	☐
Allergie	☐	Schilddrüse	☐
Art der Allergie?	_____		
Schlaganfall	☐	Krampfleiden	☐
Krebs	☐		

Welche Art? _____

Sonstiges: _____

17. Ich bin regelmäßig in Behandlung bei:

Lungenarzt	☐	Kardiologe	☐	Orthopäde	☐
Urologe	☐	Neurologe	☐	Gynäkologe	☐

Sonstiges

_____

18. Ich hatte folgende Operationen:

Herz-OP	☐	Brust-OP	☐
Gefäße-OP	☐	Gebärmutter-OP	☐
Krebs-OP	☐	Mandeln-OP	☐
Schilddrüse-OP	☐	Blinddarm-OP	☐
Gallenblase-OP	☐	Bruch-OP	☐

Sonstiges: _____

19. Ich nehme regelmäßig Medikamente ein: ja* ☐ Nein ☐

*Wenn ja, welche und wie oft?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

20. Aktuelle Beschwerden

Durst	☐ vermehrt	☐ vermindert	☐ normal
Appetit	☐ vermehrt	☐ vermindert	☐ normal
Stuhlgang	☐ Durchfall	☐ Verstopfung	☐ normal
Wasserlassen mit	☐ Brennen	☐ Startschwierigkeiten	☐ normal
Nachts öfter	☐ wie oft?_____		
Nachtschwitzen	☐ vermehrt	☐ normal	
Gewicht	☐ Zunahme ___ kg	☐ Abnahme ___ kg	konstant
Mir ist sehr oft	☐ kalt / ☐ warm	☐ ja	☐ nein
Ich schwitze übermäßig		☐ ja	☐ nein
Ich habe oft Kopfschmerzen		☐ ja	☐ nein
Ich habe Luftnot/Luftmangel:		im ☐ Liegen	
		☐ beim Treppensteigen	
		☐ bei Aufregung	

21. Gibt es noch etwas, dass Sie uns mitteilen möchten?

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

Ihr Praxisteam