CIUBAN
Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

Pfaffenhofenerstraße 16b
86558 Hohenwart

Telefon 08443 916160
Fax 08443 9161620

Anamnesebogen

1. Wichtige Dokumente für Ihren Arztbesuch:
Ihre Vorbefunde (Krankenhausberichte, Arztbriefe), Impfausweis, Medikamentenplan

Vorname, Name

_____

Geburtsdatum

_____

Telefon Festnetz

_____

Telefon Mobil

_____

Email-Adresse

_____

Notfallkontakt (falls gewünscht, Name mit Telefonnummer)

_____

Berufliche Tätigkeit

_____

2. Leiden Sie unter chronischen Krankheiten? Bitte ankreuzen

Diabetes mellitus Typ 1	Diabetes mellitus Typ 2	Schilddrüsenerkrankung
Lebererkrankungen	Nierenerkrankungen	Erhöhte Blutfette/Cholesterin
Gicht	Schlaganfall	Osteoporose
Lungenkrankheit	HIV/AIDS	Bluthochdruck
Vorhofflimmern	Herzinfarkt	Krampfadern
Rheuma	Krebserkrankung	Psychische Erkrankung
Sonstiges:		

Hier können Sie die o.g. Erkrankungen näher beschreiben:

_____

_____

_____

3. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

_____

4. Sind bei Ihnen Allergien auf bestimmte Medikamente bekannt? Wenn ja, welche?

_____

5. Liegen chronische Krankheiten in ihrer Familie vor? (Eltern, Geschwister, Großeltern)

_____

6. Nehmen Sie an Früherkennungsuntersuchungen teil? Wenn ja welche und wann zuletzt? Bitte ankreuzen

Gesundheitsuntersuchung (Check up) ab 35 Jahren alle 3 Jahre. Einmalig von 18-34 Jahren. Nein O Ja O Wenn ja, Datum:_____	Krebs-Früherkennung Mann ab 45 Jahren. Nein O Ja O Wenn ja, Datum:_____
Screening Bauchaorta (einmalig ab 65 Jahren beim Mann). Nein O Ja O Wenn ja, Datum:_____	Darmkrebsfrüherkennung Ab 55 Jahren (Mann) ab 50 Jahren (Frau) alle 2 Jahre oder Darmspiegelung. Nein O Ja O Wenn ja, Datum:_____

7. Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann und wie viel täglich?

_____

8. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel täglich?

_____

9. Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche?

_____

Hiermit bestätige ich dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet wurden.

Unterschrift Patient_____

Ort und Datum_____