

Patientenanamnese

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

um uns von Ihnen ein umfassendes Bild machen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung einiger Fragen:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnummer Privat: _____ Geschäft: _____

Telefonnummer Mobil: _____ Fax: _____

E-Mail Adresse: _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?: _____

Beruf des Patienten: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Kinder: Geben Sie bitte die Anzahl an: _____

Für unsere Patientinnen:

Schwangerschaft/en: Anzahl _____ Geburten: Anzahl _____

Um uns vorab ein Bild ihrer Beschwerden machen zu können, beantworten Sie uns bitte noch folgende Fragen:

1. Risikofaktoren:

Alkoholkonsum: überhaupt keinen selten regelmäßig täglich
wenn ja Menge und Art: ca. _____ Gläser/Tag

Rauchen: Ich habe nie geraucht früher geraucht rauche immer noch
wenn ja Menge: ca. _____ am Tag mit Filter ohne Filter

Art: Zigaretten Zigarren Zigarillos Pfeife

Ich rauche seit: _____ ich habe aufgehört: _____

Andere Mittel: Anabolika Aufputzmittel Drogen Sonstiges: _____

2. Leiden Sie unter chronischen Krankheiten? ja nein

Wenn ja, welche?

Welche Operationen hatten Sie und in welchem Jahr?

3. Leiden Sie unter Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

4. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

5. Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Masern Mumps Röteln Windpocken Röteln

Sonstige: _____

6. Welche schwerwiegenden Erkrankungen liegen in der Familie vor?

_____ Vater Mutter Geschwister

_____ Vater Mutter Geschwister

7. Wurde bei Ihnen im letzten Jahr eine Röntgenaufnahme gemacht? ja nein

Wenn ja, welches Organ wurde untersucht?

8. Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren (Check-up 35) durchgeführt?

ja nein, Wenn ja: wann zuletzt: _____

Wurde bei Ihnen ein Hautkrebsscreening durchgeführt? ja nein

9. Für unsere männlichen Patienten ab 45 Jahren:

Wurde bei Ihnen bereits eine Krebsvorsorge durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann zuletzt? _____

10. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren geimpft? ja nein

Wenn ja, welche Impfungen? Tetanus Diphtherie Polio/IPV FSME/Zecken

Hepatitis A Hepatitis B Sonstige Impfungen: _____

11. Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

Dr. med. _____

Sollen wir die Befunde von diesem Arzt anfordern? ja nein

Wenn ja, geben Sie bitte hier die Adresse und/oder Telefonnummer des Arztes an:

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnr: _____ / _____

Bei Befundanforderung bitte unbedingt ausfüllen:

Hiermit bestätige ich die gewünschte Befundanforderung bei oben genanntem Arzt.
Ich bitte Sie meine Befunde an die Praxis Axler & Brombach weiter zu leiten.

Frau/Herr _____

Vorname des Patienten _____ Nachname des Patienten _____ Geb-Datum _____

Neunkirchen, den _____

Datum _____ Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsber. _____

12. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Durch: ein Arzt hat Sie mir empfohlen: Dr. _____

Name des Arztes

eine andere medizinische Einrichtung: _____

Name der Praxis/Einrichtung

ein Familienmitglied ist bereits Patient

ein Bekannter ist bereits Patient.

Telefonbuch

Internet

Sonstiges: _____

13. Erinnerung/Recall wichtiger Gesundheitstermine

Viele Patienten vergessen aufgrund zahlreicher geschäftlicher und privater Termine, rechtzeitig an wichtige Gesundheitstermine zu denken. Daher haben wir ein Recallsystem eingeführt. Sie bekommen von uns eine schriftliche Erinnerung und entscheiden dann selbst, ob Sie den Termin wahrnehmen möchten.

Ich möchte unverbindlich an Termine erinnert werden (keine Verpflichtung Ihrerseits)

ja nein

Die Erinnerung soll folgende Termine umfassen:

- alles (Vorsorgetermine, Impfungen, etc.)
 Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lj
 Impfungen

Für das Recall der Impfungen benötigen wir Ihren **aktuellen Impfpass**. Geben Sie ihn bitte, evt. auch mit weiteren, älteren Exemplaren bei Gelegenheit in der Praxis ab. Wir kontrollieren ihn, vermerken die Auffrischungstermine, die wir Ihnen schriftlich mitteilen, bzw. beraten Sie über fehlende Impfungen.

14. Grund des heutigen Praxisbesuchs:

- akute Erkrankung chronische Erkrankung Vorsorge (Untersuchung/Impfung)
 Schmerzen

Beschreibung Ihrer Beschwerden:

Seit wann haben Sie die Beschwerden und wann treten Sie auf:

- seit heute seit gestern seit ein paar Tagen seit ein paar Wochen
 seit Monaten seit Jahren von Geburt an

Für Schmerzpatienten:

Wie stark würden Sie Ihre Beschwerden auf der Skala beurteilen (bitte ankreuzen):

Leicht 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 stark

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben von Seite 1 bis 4.

Neunkirchen, den _____

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxisteam **Axler & Brombach**