

Anamnesebogen Praxis Dr. Seitz

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie möglichst optimal beraten zu können, möchten wir Sie bitten folgenden Fragebogen (alle Angaben selbstverständlich freiwillig) auszufüllen.

Persönliche Angaben

Name:	Geburtsdatum:
Telefon:	Mail-Adresse:
Körpergröße: _____ cm	Gewicht: _____ kg
Hausarzt:	

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

	Ja	Nein
Bluthochdruck , wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Cholesterin-, bzw. Fettwerte , wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht ? Wenn ja, wie viele Jahre ungefähr (z.B. 5 Zig pro Tag für 5 Jahre)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie bekannte **Allergien** (vor allem gegen Medikamente)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Sind **Herz-, -Kreislaufkrankungen** bei Ihnen bekannt (z.B. Herzinfarkt) Ja Nein
Hatten Sie schon eine **Herzkatheteruntersuchung** ? Ja Nein

Herzinfarkt? Wenn ja wann? _____ Ja Nein
Wurden sie schon mal am **Herzen operiert**? Wenn ja wann? _____ Ja Nein

Andere Herzerkrankungen / Herzklappenfehler

Sind bei **Eltern oder Geschwistern** Herz-, Kreislaufkrankungen aufgetreten (z.B. Herzinfarkt, Herz-Bypass-OP, Schlaganfall)? Ja Nein
Wenn ja, welche _____

Wichtig! Bringen Sie zu jedem Termin in der Praxis einen **aktuellen Medikamentenplan** mit

Danke Ihr Praxisteam