



Anamnesebogen Neupatient

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserem Gesundheitszentrum und werden Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und gesamte Kompetenz widmen.

Um bei Ihrem aktuellen Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später kann Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

A) Persönliche Daten

1. Name ,Vorname: _____

2. Geburtsdatum: _____

3. telefonisch erreichbar (auch Handy): _____

4. E-Mail: _____

5. Familienstand: _____

6. Kinder: _____

7. Kontaktperson: _____

8. Hausarzt (vorheriger): _____

9. Beruf: _____

Vollzeit Teilzeit nicht berufstätig Rentner(in)

10 .Stress: _____

11. Sind Sie beschwerdefrei und wünschen einen „Check-Up“? ja nein

12. Möchten Sie Ihren Impfschutz überprüfen lassen? ja nein
(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit.)

13. Möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden? ja nein



B) Medizinische Daten

14. Körpergröße (cm): _____ Gewicht (kg): _____

15a. Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv? beruflich: ja nein
in Ihrer Freizeit: ja nein

15b. Wie oft in der Woche: Anzahl Tage: _____ Dauer (min): _____

15c. Welche Sportarten? _____

16. Rauchen Sie? ja Wieviel Zigaretten am Tag (ca.)? _____
 nein Ex-Raucher seit: _____

17. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel/Tante, Großeltern) bekannt?

17a. Herzkrankheit/Herzinfarkt: ja nein
Wenn ja, bei wem? _____

17b. Diabetes: ja nein
Wenn ja, bei wem? _____

17c. Schlaganfall: ja nein
Wenn ja, bei wem? _____

17d. Krebs: ja nein
Wenn ja, bei wem? _____
Welche Art? _____

18. Welche der folgenden Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Cholesterin zu hoch |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit/Infarkt | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Asthma/chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> Krebs |

Sonstiges: _____



19. Bei welchem Arzt sind Sie regelmäßig in (Mit-) Behandlung?

- Lungenarzt Kardiologe
 Orthopäde Urologe
 Neurologe

Sonstiges: _____

20. Welche der folgenden Operationen hatten Sie?

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

Sonstiges: _____

21. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und wie oft?

| Medikament | morgens | mittags | abends | zur Nacht |
|------------|---------|---------|--------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

C) Aktuelle Beschwerden

22. Durst vermehrt vermindert normal
23. Appetit vermehrt vermindert normal
24. Stuhlgang Durchfall Verstopfung normal
25. Wasserlassen mit Brennen Startschwierigkeiten normal
 nachts öfter
26. Gewicht in 3 Monaten Zunahme ___ kg Abnahme ___ kg konstant
27. Ist Ihnen sehr oft kalt/warm? ja nein
28. Schwitzen Sie übermäßig? ja nein
29. Haben Sie oft Kopfschmerzen? ja nein
30. Haben Sie Luftnot/Luftmangel? im Liegen b. Treppensteigen b. Aufregung



Liebe Patientin, lieber Patient,

uns interessiert es, wie Sie auf unser Gesundheitszentrum aufmerksam geworden sind:

- Telefonbuch Nach Empfehlung Annonce in der Zeitung
 Zufällig Internet Gelbe Seiten Mundpropaganda

Sonstiges: _____

Nutzen Sie das Internet? ja nein

Auf unserer Webseite www.info@gz-nordberg.de informieren Sie sich schnell über unser Leistungsangebot, aktuelle Gesundheitsthemen und unser Team.

Wir möchten Sie individuell und optimal behandeln! Bitte geben Sie uns Ihre Vorstellung, wie *SIE* behandelt werden möchten:

- Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner Krankenkasse erstattet werden.
- Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende Gesundheitsleistungen, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn Sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen sollten.

Bitte bringen Sie möglichst Ihre(n) letzte(n) Krankenhausbericht(e) und Laborbefund(e) mit.

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

Ihr Gesundheitszentrum am Nordberg

Detlef Kobusch & Maren Herschel