

<b>Anamnesebogen Allgemein</b>
--------------------------------

Liebe Patientin, lieber Patient,  
um Sie optimal behandeln zu können bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt.

Name, Vorname		
Geburtsdatum:		
Telefon		
Beruf		
Größe/Gewicht:		
Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
<b>Sind Sie schon einmal operiert worden?</b>	<b>Jahr:</b>	
Op.:		
<b>Haben Sie Vorerkrankungen?</b>		
Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
hohes Cholesterin	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges:		

**Bitte wenden**

<b>Sind bei Ihnen Allergien bekannt?</b>			
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Penicillin	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Antibiotika	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Acetylsalicylsäure (Aspirin)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Kontrastmittel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Nahrungsmittel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			
Sonstiges			
<b>Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt, z.B.</b>			
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			
<b>Haben Sie Impfschutz gegen:</b>			
Tetanus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Diphtherie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Polio	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Pertussis (Keuchhusten)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Mumps/Masern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Hepatitis A	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Hepatitis B	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Röteln	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
<b>Sind Sie bei weiteren Ärzten in Behandlung</b>			
Wenn ja, bei welchen?			
<b>Wann wurde bei Ihnen die letzte Gesundheitsuntersuchung durchgeführt? (Check-up 35)</b>			

Wie möchten Sie von uns kontaktiert werden?

- Post  
 Telefon .....  
 nicht erwünscht

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

**Ihr Praxisteam der Gemeinschaftspraxis Galatea-Anlage**

**Datenschutz**

Nicht nur aus rechtlicher Verpflichtung sondern darüber hinaus auch aus persönlicher Überzeugung verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten achtsam und sorgfältig. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie im Wartezimmer als Aushang oder erhalten Sie auf Wunsch von uns ausgehändigt. Unsere Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt gemäß DSGVO/BDSG und unseren Datenschutzhinweisen.