

Dr. med. Frank Mönlich
Facharzt für Innere Medizin / Nephrologie
Hausarzt
Wolgaster Str. 27
17489 Greifswald

A n a m n e s e

Liebe Patientin, lieber Patient,

als neue Patientin/neuer Patient heißen wir Sie in unserer Praxis herzlich willkommen. Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gern behilflich sein.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

1. Persönliche Daten

Vorname Nachname

Geburtsdatum Telefon privat

Telefon berufl. Mobil

Email

2. Allgemeine Anamnese

Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt, wenn ja seit wann ?

ja nein

- Bluthochdruck, wenn ja, seit wann:
- Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt, Angina pectoris
- Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen)
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)

ja nein

- Zuckererkrankung / Diabetes mellitus
- Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte)
- Gicht (Harnsäure-Stoffwechselstörung)
- Chronische Infektionskrankheiten (Gelbsucht, HIV)
- Blutgerinnungsstörungen, Blut-Erkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Tbc)
- Thrombose oder Lungenembolie
- Tumorerkrankungen
- Hauterkrankungen
- Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star)
- Gelenk-Erkrankungen, Verschleiß
- Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)
- Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen
- Operationen / Unfälle
- Sonstiges:

ja nein

- Rauchen Sie ? Wenn ja, wie viel: Zigaretten, Zigarren, Pfeifen/Tag
- Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja, wie viel: Gläser / Woche
- Sonstige Drogen
- Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt (z.B. Medikamente)
Wenn ja, wogegen:
- Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten / Stimmungsaufheller?

Wie groß sind Sie cm

Wie viel wiegen Sie kg

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

(auch „Pille“)

Medikament	morgens	mittags	abends

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

ja nein

- Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren, wenn ja, wann zuletzt
- Krebsfrüherkennungsuntersuchung, wenn ja, wann zuletzt
- Darmspiegelung

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung? Dr. med.

Sollen wir die Befunde von diesem Arzt anfordern ja nein

3. Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

ja nein

- Bluthochdruck
- Herzkrankgefäßerkrankung, Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
- Zuckererkrankung (Diabetes mellitus)
- Tumorerkrankungen
- Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankungen
- Thrombose oder Lungenembolie
- Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)

4. Sozialanamnese

Familienstand

Kinder

bei Frauen - Schwangerschaften

Besteht jetzt eine Schwangerschaft?

Beruf

Hobbys

Freizeitaktivitäten

Sport(welcher)

andere

Besitzen Sie einen Impfausweis? Ja Nein

Bitte bringen Sie ihn beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gern Ihren Impfstatus.

Viele Patienten vergessen auf Grund zahlreicher privater und beruflicher Termine, rechtzeitig an wichtige Gesundheitstermine zu denken. Wenn Sie es wünschen, bekommen Sie von uns eine Erinnerung und Sie entscheiden selbst, ob Sie den Termin bzw. die Untersuchung wahrnehmen wollen.

Ich möchte unverbindlich an Gesundheitstermine erinnert werden.

ja nein

Wie dürfen wir Sie kontaktieren? Telefon Fax Email

Liebe Patienten!

Es kommt leider immer wieder vor, dass Patienten vereinbarte Termine nicht einhalten und nicht absagen.

Wir bitten Sie, Termine immer abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können, möglichst einen Tag vorher.

Bitte bringen Sie zu jedem Termin Ihre Chipkarte und Ihren Medikamentenplan mit.

.....

Datum, Unterschrift