

Anamnese



Gemeinschaftspraxis Husum, Lornsenstraße 41, 25813 Husum

(Inh. C. Philipzig)

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Beruf:
Telefon:
Handy:
Wie groß sind Sie?cm
Wie Schwer sind Sie?kg

Carsten Philipzig
Facharzt für
Allgemeinmedizin / Diabetologe
AEKSH

Dr. med. Gregor Eiling
Internist – hausärztl. Versorgung
(angest. Arzt)

Dr. med. Donata Schrader
Internistin – hausärztl. Versorgung
(angest. Ärztin)

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Hausärztliche Versorgung
Diabetes-Schwerpunktpraxis
Ernährungsberatung

- | | |
|---------------------------------------|---|
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| | |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| | |
| Schlaganfall | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| | |
| Durchblutungsstörungen der Beine | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| | |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| | |
| Fettstoffwechselstörung | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| | |
| Tumorerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| | |
| Lebererkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| | |
| Chronische Infektionskrankheiten | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| | |
| Gerinnungsstörungen, Bluterkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| | |
| Lungenerkrankung (Asthma, COPD) | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| | |
| Schilddrüsenerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| | |
| Wirbelsäulenleiden | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| | |

Lornsenstraße 41
25813 Husum
Fon 04841 · 90500-0
Fax 04841 · 90500-29

www.gemeinschaftspraxis-husum.de

Name:
Vorname

Geburtsdatum:

Psychische Erkrankungen Nein Ja
.....

Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen Nein Ja
.....

Operationen
Wenn ja, wo? Nein Ja
.....

Rauchen Sie? Nein Ja
Wenn ja, wie viel: Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja
Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja
- Gegen Medikamente? Nein Ja
- Wenn ja, gegen welche?
.....

- Andere Allergien?
Vorsorgevollmacht liegt vor? Nein Ja

Betreuung vorhanden? Nein Ja
Wenn ja: Kontaktdaten
.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

	Medikamentenname	Einnahme (z.B. 1-0-0)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Vielen Dank