

Dr. med. Thorsten Rau
Innere Medizin
Kardiologie * Diabetologie

Kaiser-Otto-Platz 9
45276 Essen
www.praxis-steele.de

Bettina Hoppe
Allgemeinmedizin

Telefon 0201-84 71 60
Telefax 0201-84 71 611
info@praxis-steele.de

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Bogen mit Fragen zu Ihrer Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld und Ihrer Familiengeschichte so ausführlich, wie möglich aus. Diese Informationen helfen uns, bei der richtigen Diagnose und Therapiewahl.

Wichtig: Sind Sie Teilnehmer an einem Hausarztprogramm ? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja: Welches Programm ? _____

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geschlecht: ☐ weiblich
☐ männlich

Geb. am: _____ Alter in Jahren: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ kg

Bei Privatpatienten: Hiermit bestätige ich über folgende Versicherung/Tarif versichert zu sein:

Ihre Beschwerden/Vorerkrankungen in der Vergangenheit:

	Ja	Nein	Welche
Herz-/Kreislaufsystem	☐	☐	_____
Herzschrittmacher	☐	☐	_____
Lunge/Atemweg	☐	☐	_____
Magen-/Darmsystem	☐	☐	_____
Niere/Harnwege	☐	☐	_____
Muskeln/Nerven	☐	☐	_____
Knochen/Gelenke	☐	☐	_____
Sonstige Erkrankungen	☐	☐	_____
Allergien	☐	☐	_____
Medikamentenunverträglichkeiten	☐	☐	_____
Erhöhter Blutdruck	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	
Erhöhte Blutfette	☐	☐	
Gicht	☐	☐	
Rheuma	☐	☐	
Infektionskrankheiten	☐	☐	
Impfpass vorhanden	☐	☐	

Psychische Erkrankungen

☐ ☐

Familienvorgeschichte:	Ja	Nein	Vater	... / Mutter	Geschwister
Herzerkrankungen	☐	☐	☐	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐	☐	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐	☐	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐	☐	☐	☐
Übergewicht	☐	☐	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐	☐	☐
Rheuma	☐	☐	☐	☐	☐
Krebsleiden	☐	☐	☐	☐	☐
Rücken- und Gelenkkrankheiten	☐	☐	☐	☐	☐
andere Erkrankungen welche	☐	☐	☐	☐	☐

Ihre Gewohnheiten:

	Ja	Nein		
Rauchen Sie?	☐	☐	Seit wann? _____	Wie viel? _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	☐	☐	Wie oft? _____	Welchen? _____
Haben Sie viel Stress?	☐	☐	Wie oft? _____	Welchen? _____
Treiben Sie Sport?	☐	☐	Wie oft? _____	Welchen? _____
Schlafen Sie ausreichend/gut?	☐	☐	_____ Stunden pro Nacht	

Welche Medikamente nehmen Sie ein: (einschl. Antibabypille)

Name	Häufigkeit	Seit wann?

Krankhausaufenthalte, Operationen, Therapien, Kur (Warum?)

Datum

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten an mitbehandelnde Ärzte weitergegeben werden und bin darüber informiert, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Ja: ☐

Nein, auf gar keinen Fall: ☐

Bei Bedarf kontaktieren Sie mich bitte

☐ per Telefon unter folgender Nummer: _____

☐ per E-Mail unter folgender Adresse: _____

Ich bin einverstanden von der Praxis per E-Mail/per Post über Befunde und Praxisleistungen informiert zu werden und kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

Datum: _____

Unterschrift: _____