

Praxis für Allgemeinmedizin
Dr. med. Rayime Wegner und Dr. med. Jürgen Wegner

Lieber Patient, liebe Patientin,
um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.
Vielen Dank!

Persönliche Daten

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____ Mobil: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

Ja Nein

- | | | wenn ja, seit wann ? |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bluthochdruck _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzkranzgefäßerkrankungen, Herzinfarkt _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | angeborene oder erworbene Herzerkrankung _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schlaganfall, Durchblutungsstörung der Beine _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zuckererkrankung _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte) _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Lungenerkrankung (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Lungenentzündung) _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Thrombose und Lungenembolie _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tumorerkrankung _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Chronische Infektionserkrankungen _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Blutungsstörungen, Bluterkrankungen _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Augenerkrankungen (z.B. grüner und grauer Star) _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Krampfleiden, andere Nervenleiden (z.B. M. Parkinson, Polyneuropathie) _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen) _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sonstige Erkrankungen _____ |

Praxis für Allgemeinmedizin
Dr. med. Rayime Wegner und Dr. med. Jürgen Wegner

Stationäre Krankenhausbehandlungen?

Wann

wo

warum

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt:

- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck
- Herzerkrankungen
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörung der Beine
- erhöhte Blutfette (Cholesterin, Triglyceride, HDL, LDL)
- Lungenerkrankungen
- Tumorerkrankungen
- psychische Erkrankungen

Sozialanamnese

Familienstand: verheiratet verwitwet in Lebensgemeinschaft lebend

Kinder (wie viele ? gesund ?) _____

Beruf: _____ **Berentet/Pensioniert**: Ja Nein

Hobbys: _____

Regelmäßige körperliche Betätigung: Nein

Sport, welcher: _____

andere: _____

Praxis für Allgemeinmedizin
Dr. med. Rayime Wegner und Dr. med. Jürgen Wegner

Allgemeine Anamnese

- | Ja | Nein | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Allergien oder andere Unverträglichkeitsreaktionen, z.B. Medikamente-, oder Kontrastmittelallergie |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rauchen Sie? wenn ja, wie viel: _____ Zigaretten pro Tag
Seit wie vielen Jahren rauchen Sie? _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sie haben <u>nie</u> geraucht? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Haben Sie früher geraucht? Seit wann nicht mehr? _____
Über wie viele Jahre haben Sie geraucht? _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Trinken Sie gelegentlich oder regelmäßig Alkohol? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten, Stimmungsaufheller oder Drogen ein? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Besteht ein Impfschutz gegen Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphtherie und Polio(Kinderlähmung), Grippe und Pneumokokken (Lungenentzündung)? |

Wie groß sind Sie: _____ cm

Wieviel wiegen Sie: _____ kg

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig? (ggf. Medi-Plan vorlegen)

	morgens	mittags	abends
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wurden bei Ihnen bereits folgende Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt?

- | Ja | Nein | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Check-up-35, Gesundheitsuntersuchung |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Krebsfrüherkennung für Frauen/Männer |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hautkrebs-Screening |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Darmspiegelung |

Haben Sie momentan Beschwerden?

- Schmerzen (Wo? Wie langen?)
- Nachtschweiss
- ungewollte Gewichtsabnahme
- Stuhlunregelmässigkeiten
- Schwindel
- Fieber
- andere

Vielen Dank für Ihre Mühe !