

**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**

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

**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**

- | <b>Ja</b>             | <b>Nein</b>           |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <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<br>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? _____<br>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)

	<b>morgens</b>	<b>mittags</b>	<b>abends</b>
_____	<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?**

- | <b>Ja</b>             | <b>Nein</b>           |                                      |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| <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 !**