|  |  |
| --- | --- |
| **Arztpraxis am Augustinum** Dr. Rainer Mendel Dr. Franka Fölling\*Ärzte für AllgemeinmedizinPalliativmedizin – Naturheilverfahren – Betriebsmedizin – Ernährungsmedizin – Reisemedizin | Weierweg 1079111 Freiburg - St. GeorgenTelefon: 0761 4785 850Fax: 0761 4785 853info@praxis-dr-mendel.dewww.praxis-dr-mendel.de\*angestellte Ärztin |

**Anamnesebogen für neue PatientInnen**

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte füllen Sie dieses Dokument nach Möglichkeit aus und bringen Sie es zu Ihrem ersten Termin bei uns mit.

|  |
| --- |
| Name: Vorname:  |
| Adresse:  |
| Telefon: Handy: |
| E-Mail-Adresse: |
| (ehemaliger) Beruf: Geschlecht: m / w / d |
| Geburtsdatum: Größe: Gewicht: |

Bisheriger Hausarzt/ - ärztin (Name, Ort):

Krankenversicherung (Krankenkasse, Ort / Privat):

Andere behandelnde Ärzte (Name, Fachgebiet):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bisherige Operationen (falls ja, wann und welche; z.B. Blinddarm, Mandeln):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Letzte Darmspiegelung, falls erfolgt, im Jahr: \_\_\_\_\_\_\_

Impfpass vorhanden: nein ja – in diesem Fall bitte mitbringen!

Dauermedikation inkl. Nahrungsergänzungsmittel (ggf. Medikationsplan mitbringen):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergien (Medikamente, Jod, Nahrungsmittel): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Nein, nie Ja, ca \_\_\_\_ Zigaretten/ Tag seit \_\_\_\_\_ nicht mehr

Wieviel Alkohol trinken Sie etwa pro Woche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?**

 Herzerkrankung, z.B. Infarkt

 Diabetes

 Bluthochdruck

 Schilddrüsenerkrankung

 Krebserkrankung

 Thrombose / Lungenembolie

 Hepatitis / HIV

 Augenkrankheiten, z.B. Glaukom

 Asthma / COPD

 Schlaganfall

 Psychische Erkrankung

 Arthrose / Arthritis / Gicht

 Darmerkrankung, z.B. CU / M. Crohn

 *andere Erkrankungen***:**

**Traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) Erkrankungen auf?**

 Herzerkrankung Krebserkrankung Schlaganfall

|  |
| --- |
| Wohnung: allein mit PartnerIn / Familie betreutes Wohnen Seniorenheim |
| Pflegegrad: nein ja*,* Grad \_\_\_\_ Schwerbehinderung: nein ja: \_\_\_\_ % |
| Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht vorhanden: ja nein falls ja, Bevollmächtigte/r:  |
| AnsprechpartnerIn im Notfall: Name / Telefonnummer / Beziehung zu Ihnen: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift