|  |  |
| --- | --- |
| **Arztpraxis am Augustinum**  Dr. Rainer Mendel Dr. Franka Fölling\*  Ärzte für Allgemeinmedizin  Palliativmedizin – Naturheilverfahren – Betriebsmedizin  – Ernährungsmedizin – Reisemedizin | Weierweg 10  79111 Freiburg - St. Georgen  Telefon: 0761 4785 850  Fax: 0761 4785 853  [info@praxis-dr-mendel.de](mailto:info@praxis-dr-mendel.de)  www.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