|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IMS Services Vorlage** | **Hygieneorganisation Arztpraxen**  **Ordner 1 Register 12** | |
| Hygieneorganisation |  |
|  | | |
| Anlage Anamnesebogen Patienten | | |

**Anamnesebogen**

Liebe Patientin,

lieber Patient!

Wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen. Bitte beachten Sie unsere Datenschutzinformation nach DSGVO.

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |  |
| **Vorname** |  |
| **Telefonische Erreichbarkeit** |  |
| **Datum** |  |

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt (Bitte ankreuzen):

□ Diabetes

□ Schilddrüsenerkrankungen

□ Bluthochdruck

□ KHK

□ Herzschwäche

□ Lungenerkrankungen

□ Schlaganfall

□ erhöhte Blutfette

□ Operationen

□ Krebserkrankungen

□ Thrombose

□ Baucherkrankungen

□ psychische Erkrankungen

Andere, nicht aufgeführte:

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

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

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

Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil?

□ Ja

□ Nein

Wenn „Ja“, an welchem:

□ KHK

□ Asthma

□ COPD

□ Diabetes

Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein?

(Bitte Angabe des Präparates und der Dosis, Einnahme morgens mittags abends)

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

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

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

**Wichtig!**

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente, Latex)?

Allergien:

□ Ja (Wenn „Ja“, welche:)

□ Nein

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

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

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

Körpergröße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg

Wann wurden Sie zuletzt geimpft, gegen:

Tetanus:

Diphtherie:

Pneumokokken:

Keuchhusten:

Masern:

□ Nicht bekannt

Wenn es Ihnen möglich ist, so bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum nächsten Termin mit.

Haben Sie eine der folgenden Medizinprodukte implantiert?

□ Herzschrittmacher

□ Insulinpumpe

□ Andere?

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

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

Fragen zum Zahnstatus. Treffen folgende Aussagen zu?

□ Ich trage ein Gebiss

□ Ich trage Zahnimplantate

□ Andere?

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

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

Für Patienten ab 35 Jahre:

Wann war Ihr letzter Check-up?

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?

□ Ja, wann:

□ Nein

Rauchen:

□ Ja

□ Nein Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich:

Seit wann:

Alkohol:

□ Ja

□ Nein Wenn „Ja“, wie viel und wie häufig:

Seit wann:

Letzte Augenkontrolle am:

□ ohne Befund

□ Netzhautschäden

Letztes EKG/Belastungs-EKG am:

Letzte Langzeit Blutdruckmessung:

**Wichtig!**

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt:

□ Herzinfarkt

□ Diabetes

□ Bluthochdruck

□ Krebserkrankungen

□ Schlaganfall

□ Durchblutungsstörung der Beine

Freizeitaktivitäten/ Sport:

Beruf:

Wohnsituation:

□ mit Partner lebend

□ Kinder im Haus

□ berentet

□ allein stehend

Haben Sie Interesse an einer individuellen Ernährungsberatung?

□ Ja

□ Nein

Hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine spezielle Ernährungsberatung?

□ Ja

□ Nein

Sind Sie an einer der unten stehenden Infektionserkrankungen erkrankt?

□ HIV / AIDS

□ MRSA

□ MRGN 3

□ MRGN 4

□ Herpes

□ Hepatitis (Alle Formen)

□ Gürtelrose

□ Durchfallerkrankung

□ Grippe / Erkältung

□ Andere Erkrankung?

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

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

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

Was ist ihr konkretes Anliegen an uns:

□ Ärztliche Betreuung

□ Regelmäßige Kontrollen nach Gesundheitspass

□ Wissensbedarf (Schulung)

□ Vorsorge

□ Akute Gesundheitsprobleme (Wenn Ja, Welche?)

□ Andere:

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

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

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

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung in der Praxis vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden, es sei denn Ich gebe hierzu meine schriftliche Einwilligung.

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

Datum Unterschrift