

Ammann & Bungert

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie sind das erste Mal in unserer Praxis. Um Sie besser kennen zu lernen und Ihnen bei Ihrem Anliegen besser helfen zu können brauchen wir viele Informationen. Wir können Wartezeiten in der Praxis deutlich verkürzen, wenn solche Informationen vorab in Ihrer Kartei eingetragen werden.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Wartezimmer aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später wird Ihnen unser Praxispersonal gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

1. Name, Vorname: _____

2. Beruf: _____

3. Telefonnummer: _____

4. Hausarzt: _____

5. Raucher: ja nein

6. Wann wurde bei Ihnen Diabetes festgestellt? _____

7. Seit wann nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes? _____

8. Seit wann nehmen Sie Insulin? _____

9. Wie wurde der Diabetes bei Ihnen festgestellt? _____

10. Ich nehme folgende Medikamente:

11. Ich bin regelmäßig in Behandlung bei:

Nierenfacharzt Lungenfacharzt Kardiologe

Urologe Neurologe Orthopäde

Sonstiges: _____

12. Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes an:

Nieren Füßen Augen Herz

Ammann & Bungert

13. letzte Augenarztkontrolle am: _____

Mit dem Ergebnis:

Ohne Befund Netzhautschäden Lasertherapie

14. Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt:

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Hohe Fettwerte	<input type="checkbox"/>	Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	Leberwerte erhöht	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	Magen	<input type="checkbox"/>	Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>

Sonstiges: _____

15. Diabetes in der Familie bekannt bei:

Mutter Vater Bruder Schwester Kinder

16. Ich hatte folgende Operationen:

Herz	<input type="checkbox"/>	Gefäße	<input type="checkbox"/>	Schilddrüse	<input type="checkbox"/>
Mandeln	<input type="checkbox"/>	Galle	<input type="checkbox"/>	Brust	<input type="checkbox"/>
Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	Blinddarm	<input type="checkbox"/>		

Sonstiges _____

17. Folgende Allergien sind bekannt:

(Penicillin, Kontrastmittel, Gräser, Tierhaare...)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Vielen Dank für Ihre Mühe! Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab, damit die Informationen in den Computer übernommen werden können.