



Hausarztpraxis Goch  
Dres. Krause & Berger-Roscher  
Ärzte für Allgemein- und Palliativmedizin

## Patienten-Anamnesebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient.

Erst einmal möchten wir Sie als Team der Hausarztpraxis Goch herzlich begrüßen. Um sie gleich von Anfang an möglichst umfassend beraten und behandeln zu können, benötigen wir noch einige Angaben von Ihnen, die sowohl Ihre aktuelle Situation als auch Ihre früheren Ereignisse betreffen. Wir bitten Sie daher sich einige Minuten Zeit zu nehmen, um diesen Fragebogen, soweit es Ihnen möglich ist, auszufüllen. Offene Fragen und Anliegen können wir dann sicher im gemeinsamen Gespräch klären. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### **Adresse :**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.- Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherung: Kasse  Privat  (Basistarif JA  NEIN )

### **Lebensgewohnheiten:**

Rauchen Sie ?  JA  Nein wenn, Ja tgl. Menge \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg.

### **Der Grund des Kommens:**

Ihre akuten Beschwerden:

\_\_\_\_\_

Ich möchte mich beraten lassen, und zwar:

Woher kennen Sie uns?  Empfehlung  Zeitung  Telefonbuch  
 Internet  sonstige \_\_\_\_\_

**Wann haben Sie die letzte Vorsorgeuntersuchung ( Check UP ) durchführen lassen?**

\_\_\_\_\_ ( Monat / Jahr)

**Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt:**

keine	<input type="radio"/>	Bluthochdruck	<input type="radio"/>
Cholesterin	<input type="radio"/>	Herzkrankheit	<input type="radio"/>
Schilddrüse	<input type="radio"/>	Lebererkrankung	<input type="radio"/>
Durchblutungsstörung	<input type="radio"/>	Darmerkrankung	<input type="radio"/>
Magenerkrankung	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	Anfallsleiden	<input type="radio"/>
Asthma/ chron. Bronchitis	<input type="radio"/>		
Schlaganfall	<input type="radio"/>		
Krebs	<input type="radio"/>	wenn ja, welche Art?	_____

Leiden Sie an Allergien?  Ja  Nein

wenn ja, an welchen ?

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Unverträglichkeiten?  Ja  Nein

wenn ja, an welchen ?

\_\_\_\_\_

## Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein ?

Medikamentenname / Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

## Familienanamnese:

Folgende Erkrankungen sind in der Familie bekannt:

(Art Erkrankung / bei wem ? )

**Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!**

**Ihr Praxisteam :-)**