



**Carsten Andrae und
Torsten Gstettenbauer**
Fachärzte für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung

Qualitätsmanagement

Dateiname:
Anamnesebogen

**Carsten Andrae und
Torsten Gstettenbauer**
Fachärzte für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung
Limmerstraße 11
30451 Hannover

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck Nein Ja

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein Ja

Herzerkrankungen Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Durchblutungsstörungen Nein Ja

Zuckerkrankheit / Diabetes Nein Ja

Fettstoffwechselstörung Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja

Lebererkrankungen Nein Ja

Chr. Infektionskrankheiten Nein Ja

Blutungsstörungen Nein Ja

Lungenerkrankung (Asthma, COPD) Nein Ja

Thrombose o. Lungenembolie Nein Ja

Augenerkrankungen Nein Ja

Psychische Erkrankungen Nein Ja

Neurolog. Erkrankungen Nein Ja

Operationen / Unfälle Nein Ja

Sonstiges Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel: Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

Gegen Medikamente? Nein Ja

Wenn ja, welche:

Andere Allergien?

Wie groß sind Sie: (cm) Wieviel wiegen Sie: (kg)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? Nein zu ab



**Carsten Andrae und
Torsten Gstettenbauer**
Fachärzte für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung

Qualitätsmanagement

Dateiname:
Anamnesebogen

**Carsten Andrae und
Torsten Gstettenbauer**
Fachärzte für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung
Limmerstraße 11
30451 Hannover

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....
.....
.....
.....

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein Ja
Darmspiegelung Nein Ja

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein Ja
Herzerkrankungen Nein Ja
Schlaganfall Nein Ja
Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja
Zuckerkrankheit / Diabetes Nein Ja
Tumorerkrankungen Nein Ja
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja
Thrombose oder Lungenembolie Nein Ja

Sozialanamnese

Familienstand:Kinder:

Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht Vater Mutter

Sport (was und wie oft?).....

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie mir hier noch mitteilen möchten?

.....
.....

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen.
Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

Wir bitten Sie, Termine mindestens **24 Stunden vorher abzusagen**, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie diesen Fragebogen und den Bogen bezüglich des Datenschutzes am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Hannover, den _____ Unterschrift: _____