



Dr. med. _____
NADINE QUOOS
INNERE MEDIZIN - HAUSÄRZTIN

Dieser Anamnesebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit! Datum der GU:

Vorname Nachname

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon/Mobil

Sozialanamnese

Familienstand Kinder

Aktueller Beruf

Pflegegrad (falls vorhanden)

Vorsorgevollmacht vorhanden? Ja Nein Patientenverfügung vorhanden? Ja Nein

Allgemeine Anamnese

Haben Sie aktuell Beschwerden? ja nein

Wenn ja, welche?

Größe cm Gewicht kg

Gewicht gleichbleibend abgenommen zugenommen

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel: Zigaretten/Tag seit: Jahren

Konsumieren Sie Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, wieviel: täglich am Wochenende gelegentlich

Haben Allergien/Unverträglichkeiten bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Schlafprobleme? Ja Nein Schlafen Sie tagsüber ungeplant ein? Ja Nein

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen oder das Wasser zu halten? Ja Nein

Hatten Sie in zuletzt deutlich weniger Freude an Dingen, die Sie sonst gern tun? Ja Nein

Fühlen Sie sich häufiger niedergeschlagen oder hoffnungslos? Ja Nein

- Haben Sie Probleme mit der Verdauung (Übelkeit, Durchfall)? Ja Nein
- Haben Sie Luftnot in Ruhe oder bei Belastung? Ja Nein

Vorsorge

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gesundheitsuntersuchung (Check up), wenn ja, wann zuletzt? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hautcheck, wenn ja, wann zuletzt? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Darmspiegelung, wenn ja, wann zuletzt? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ♀ : frauenärztliche Untersuchung, wenn ja, wann zuletzt? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ♂ : urologische Untersuchung (PSA), wenn ja, wann zuletzt? |

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt? – Zutreffendes bitte unterstreichen –

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankungen (Wenn ja, bei wem welche Erkrankung?) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzkranzgefäßerkrankung (KHK), Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen (Depression, Psychosen) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose oder Lungenembolie, Blutungsstörung; Bluterkrankungen |

Herzlichen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der vielen Fragen Zeit genommen haben!

Ihr Praxisteam