

Praxis Dr. med. U. Kenschak  
Facharzt für Allgemeinmedizin/Chirotherapie  
Bochumerstr. 157; 99734 Nordhausen  
Tel: 03631/988657  
Fax:03631/479454

## Anamnesebogen

Liebe(r) Patient(in),  
um eine gute Betreuung zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten, uns einige Angaben über Ihre Person mitzuteilen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geboren am: \_\_\_\_\_

Wohnhaft in: \_\_\_\_\_

Telefonnummer Privat: \_\_\_\_\_ Geschäftlich: \_\_\_\_\_

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert: \_\_\_\_\_

Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

### 1. Risikofaktoren:

Alkoholkonsum: keinen \_\_\_\_\_ gelegentlich \_\_\_\_\_ regelmäßig \_\_\_\_\_ täglich \_\_\_\_\_

Rauchen: nie geraucht \_\_\_\_\_ früher geraucht \_\_\_\_\_ rauche immer noch \_\_\_\_\_

Menge: \_\_\_\_\_

Ich rauche seit: \_\_\_\_\_ ich habe aufgehört: \_\_\_\_\_

### 2. Hatten Sie folgende Krankheiten:

	JA	NEIN	Unbekannt
Augenerkrankung			
Nasennebenhöhlenentzündung			
Schilddrüsenentzündung			
Lungen/Bronchialerkrankungen			
Asthma			
Hoher Blutdruck			
Schlaganfall			
Herzinfarkt			
Herz/Gefäßleiden			

Krampfadern/Thrombose, offene Beine			
Magenerkrankung			
Hepatitis, Leberkrankheiten			
Gallensteine			
Nieren/Blasenerkrankungen			
Prostataerkrankungen			
Krankheiten der weibl. Unterleibsorgane			
Hautkrankheiten			
Nervöse Beschwerden			
Epilepsie			
Diabetes			
Gicht			
Fettstoffwechselstörung(Cholesterinerhöhung)			
Tumorleiden			
Rheuma			
Krankheiten der Gelenke/Wirbelsäule			
Knochenbrüche/Unfälle			

Andere Krankheiten, wenn ja welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4.leiden Sie unter Allergien? JA \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_  
 Welche \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5.Wurden Sie schon mal operiert:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6.Liegt ein Schwerbeschädigtenausweis vor? Ja \_\_\_\_\_ (Bitte vorlegen) nein \_\_\_\_\_

Liegt eine Pflegestufe vor? Ja \_\_\_\_\_ welche \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

7. Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?

	Mutter	Vater	Großeltern	Kinder
Hoher Blutdruck				
Diabetes				
Schlaganfall				
Epilepsie				
Tuberkulose				
Krebsleiden				
Suchtkrankheit				
Andere				

8. Wurden bei Ihnen im letzten Jahr Röntgenaufnahmen gemacht?

Ja \_\_\_\_\_ Welches Organ? \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

9. Wurden Sie in den letzten 5. Jahren geimpft? Ja \_\_\_\_\_ (Bitte Impfausweis vorlegen)  
 Nein \_\_\_\_\_

10. Wurde bei Ihnen schon eine Gesundheitsuntersuchung (Check-up) ab 35 Jahre durchgeführt? Ja \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

11. Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

\_\_\_\_\_ Sollen Wir die Befunde von diesem Arzt anfordern? Ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

Bei Befundanforderung bitte unbedingt ausfüllen!

Hiermit bestätige ich die gewünschte Befundanforderung bei oben genannten Arzt. Ich bitte Sie meine Befunde an Die Praxis Dr. Med. U. Kenschak weiter zu leiten.

Frau/Herr \_\_\_\_\_ (Vorname) \_\_\_\_\_ (Nachname) \_\_\_\_\_ (Geb-Datum)

Nordhausen, den \_\_\_\_\_ (Datum) \_\_\_\_\_ (Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten)

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Über jegliche Änderung meiner Adresse bzw. Telefonnummer informiere ich sie.

Nordhausen, den \_\_\_\_\_ (Datum) \_\_\_\_\_ (Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten)

Herzlichen dank für die Beantwortung der Fragen!  
 Ihr Praxisteam Dr. Kenschak