

Hausarztzentrum Vogelsberg

Henrik Böckmann

Angelika Götz

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Hauptstraße 43

36325 Groß-Felda

Tel.: 06637 / 91817-0

Fax: 06637 / 91817-5

Email: kontakt@hausarztzentrum-vogelsberg.de

www.hausarztzentrum-vogelsberg.de

**Hausarztzentrum**
— Vogelsberg —

Anamnesebogen

Liebe Patientin/ lieber Patient!

Willkommen in unserer Praxis. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	☐ M ☐ W ☐ D
Straße		Hausnummer	
PLZ		Wohnort	
Telefon		Mobil	
E-Mail			
Familienstand		Kinder	
Beruf		Stundenzahl pro Woche	
Krankenkasse	☐ gesetzlich	Name	
	☐ privat	Name	
☐ Grad der Behinderung (GdB): % ☐ Pflegegrad			
Allergie? ☐ Ja, welche:		☐ Nein	
Rauchen? ☐ Ja, Menge/Tag		☐ Nicht mehr, seit	☐ Nein
Alkohol? ☐ Ja, Menge/Tag		☐ Nicht mehr, seit	☐ Nein
Körpergröße: cm		Gewicht: kg	

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Herz-Kreislauf

☐ Bluthochdruck ☐ Herzschwäche ☐ Herzinfarkt ☐ KHK

Lunge

☐ Asthma ☐ COPD ☐ Lungenfibrose

Stoffwechsel

Diabetes ☐ Typ I ☐ Typ II Insulin? ☐ Ja ☐ Nein
Schilddrüsen- ☐ Unterfunktion ☐ Überfunktion ☐ Knoten
Blutfette ☐ erhöht ☐ normal

Neurologie

☐ Schlaganfall ☐ Parkinson ☐ Epilepsie ☐ Demenz

Psychische Erkrankungen

☐ Depression ☐ Angststörung ☐ Burnout ☐ Phobie

Gefäßerkrankungen

☐ Thrombose ☐ arterielle Verschlusskrankheit ☐ Krampfadern

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis B/C)

☐ Ja Welche:

Krebserkrankung

☐ Ja Welche:

Andere, nicht aufgeführte Erkrankungen:

DMP (Disease Management Program= Chronikerprogramm)

Nehmen Sie an einem **DMP** teil? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“, an welchem: ☐ KHK ☐ Asthma ☐ COPD ☐ Diabetes

Hausarztzentrum Vogelsberg

Henrik Böckmann

Angelika Götz

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Hauptstraße 43

36325 Groß-Felda

Tel.: 06637 / 91817-0

Fax: 06637 / 91817-5

Email: kontakt@hausarztzentrum-vogelsberg.de

www.hausarztzentrum-vogelsberg.de

**Hausarztzentrum**
— Vogelsberg —**Hatten Sie größere Operationen in der Vergangenheit?**

1. Welche?	Wann?
2. Welche?	Wann?
3. Welche?	Wann?

Vorsorgemaßnahmen**Hatten Sie bereits folgende Vorsorgeuntersuchungen?**

Gesundheitsuntersuchung	☐ Ja, wann?	☐ Nein
Hautkrebsscreening	☐ Ja, wann?	☐ Nein
Krebsvorsorge Mann/Frau	☐ Ja, wann?	☐ Nein
Darmspiegelung	☐ Ja, wann?	☐ Nein

Wann wurden Sie zuletzt geimpft?

Tetanus	zuletzt:	☐ bisher nicht
Masern	1. Mal: 2. Mal:	☐ bisher nicht
Pneumokokken (>60LJ)	zuletzt	☐ bisher nicht
Gürtelrose/Zoster (>60LJ)	1. Mal 2. Mal	☐ bisher nicht
RSV (>60LJ)	zuletzt:	☐ bisher nicht
Grippe/Influenza	zuletzt:	☐ bisher nicht

Gerne würden wir Ihren Impfausweis überprüfen, bringen Sie ihn also bitte mit in die Praxis.

Medikationsplan (Bitte Präparat und Dosis angeben)

	Medikament	morgens	mittags	abends
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Ich bestätige die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift