



# Gemeinschaftspraxis Dr. med. Carsten Späth & Oliver Heine

## Anamnesebogen

wir freuen uns, dass Sie zu uns in die **Praxis Aplerbeck** gekommen sind! Gerne beraten wir Sie in allen Gesundheitsfragen und helfen Ihnen wo wir nur können. Hierfür benötigen wir im Vorfeld einige Informationen, um vorausschauender mit Ihnen arbeiten zu können.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen getätigt haben.

### **PERSÖNLICHE DATEN:**

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße + Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf und Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie versichert (gesetzlich o. privat) und wo?

gesetzlich  
privat bei der \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Grad der Behinderung? \_\_\_\_\_  
Haben Sie eine Pflegestufe? \_\_\_\_\_  
Haben Sie eine Patientenverfügung? \_\_\_\_\_

—> **Nachweise bitte in Kopie aushändigen!**

**GESUNDHEITSPRAGEN:**

*Bitte zutreffendes Ankreuzen /Mehrfachankreuzen möglich!*

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

1) Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck                      Diabetes 1 / 2                      hoher Cholesterinspiegel  
Übergewicht                      Schlaganfall  
Herzinfarkt o. andere Herzerkrankungen  
Durchblutungsstörungen (z.B. der Beine)

2) Leiden Sie an einer Erkrankung der Lunge?

nein                      ja, an \_\_\_\_\_

3) Leiden Sie an einer Erkrankung der Schilddrüse?

nein                      ja, an \_\_\_\_\_

4) Leiden Sie an einer Krebserkrankung?

nein                      ja, an: \_\_\_\_\_

5) Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung?

nein                      ja: \_\_\_\_\_

6) Leiden Sie an einer Erkrankung des Magen-/Darm-Traktes?

o nein                      ja: \_\_\_\_\_

—> bei ja: wann war Ihre letzte Magenspiegelung und Darmspiegelung?

Magenspiegelung: \_\_\_\_\_

Darmspiegelung: \_\_\_\_\_

7) Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie?

nein ja

8) Leiden Sie an einer Erkrankung der Nieren oder der Harnwege?

nein ja, an, \_\_\_\_\_

**IMPFUNGEN:**

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

—> **Bringen Sie bitte Ihren Impfpass mit!**

1) Lassen Sie sich regelmäßig gegen Grippe impfen?

nein ja

2) Wenn Sie nach 1970 geboren sind:

Wurden Sie 2x gegen Masern geimpft?

nein ja

3) Wenn Sie über 60 Jahre alt oder chronisch krank sind:

Hatten Sie in den letzten 6 Jahren eine Impfung gegen  
Lungenentzündung (Pneumokokken)?

nein ja

4) Wurden Sie in den letzten 10 Jahren gegen Tetanus, Diphtherie und  
Keuchhusten geimpft?

nein ja

**WICHTIG:**

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? (Bitte auch Medikamente  
angeben, die Ausschläge, Luftnot oder Unwohlsein hervorgerufen haben !)

o nein ja

—> bei ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Ihre engsten Familienangehörigen (wie Mutter, Vater, Geschwister) an einer besonderen Erkrankungen?

nein

ja (wer? welche Erkrankung?)

---

---

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Wir freuen uns , Sie nun in unserer Praxis begrüßen zu dürfen!

**- Ihr Praxisteam Aplerbeck -**