

Dr. med. Peter Witzany
Internist
Birgit Göbel-Sauterleute
FÄ für Allgemeinmedizin
Dr. med. Peter Führer
Internist



97828 Marktheidenfeld
Marktplatz 9

Telefon 09391 - 6200

Fax 09391 - 81195

E-Mail drpeterwitzany@t-online.de

Homepage www.praxis-witzany.de

Unsere Sprechzeiten

Mo – Fr 08:30 – 12:00 Uhr

Mo, Di & Do 16:00 – 18:00 Uhr

Anamnesebogen

Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die folgenden Daten sind für Ihre Behandlung sehr wichtig. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Fragebogens.

Patient

Name

Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Tel. (Privat) _____ **E-Mail** _____

Tel. (Arbeit) _____ **Beruf** _____

Tel. (Mobil) _____ **Größe** _____ cm **Gewicht** _____ Kg

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____

Familienstand ledig verheiratet geschieden verwitwet

Kinder - Geben Sie bitte die Anzahl an: _____

Für privatversicherte Patienten:

Normaltarif **Basistarif** **Standardtarif** **KVB** **Post-B**

Hauptversicherter: _____ **dessen Geb.-Datum:** _____

Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Trinken Sie Alkohol? überhaupt keinen selten regelmäßig täglich

Wenn ja, Menge und Art: _____ Gläser pro Tag

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, wie viele Std./Woche? _____ Sportart? _____

Sind Sie schwanger? ja / nein Wenn ja, im wievielten Monat? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja / nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Fühlen Sie sich voller Energie? ja / nein

Haben Sie Schwierigkeiten, eine Strecke von 400 Metern zu gehen?

- keine wenig ziemlich geht nicht

Operationen / Bestrahlungen / Chemo? ja / nein Wenn ja, welche? (wenn möglich bitte mit Jahr)

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes mellitus
 Lebererkrankung Nierenerkrankung Asthma / COPD Arthrose Osteoporose
 Schilddrüsenerkrankungen Darmkrankheiten Krampfanfälle Blutungsneigung
 Krebserkrankungen Glaukom Hepatitis HIV Fettstoffwechselstörung

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? _____

- Masern Mumps Röteln Windpocken Scharlach

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes mellitus
 Krebserkrankungen Allergien Asthma / COPD Arthrose Migräne
 Schilddrüsenerkrankungen _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Wenn ja, welche?

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt? Wenn ja, wann?

Gesundheitsuntersuchung ja / nein _____

Krebsfrüherkennungsuntersuchung ja / nein _____

Darmspiegelung ja / nein _____

Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxisteam

Unterschrift