



## Heinz Beckers

Facharzt für Allgemeinmedizin / Naturheilverfahren  
Psychotherapie / Ernährungsmedizin AeKNo  
Präventionsmedizin / Ästhetische Medizin

Sie sollen sich bei uns gut versorgt fühlen. Hierfür benötigt das PRAXIS-TEAM einige freiwillige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer Krankengeschichte. Damit ersparen Sie sich und uns wertvolle Zeit und Sie ermöglichen uns, Ihnen einen optimalen Service zu bieten.

### Anamnesebogen

Name..... Vorname..... geb. ....

Beruf..... Tätigkeit..... Ehestand .....

Größe..... Gewicht.....

E-mail ..... Patienten Verfügung: JA / NEIN  
Organspendeausweis: JA / NEIN

#### Kinderkrankheiten:

Masern – Mumps – Röteln – Windpocken – Scharlach – Diphtherie

**Unfälle:** .....

**Operationen:** .....

#### Allergien:

Worauf:.....

Haustiere: .....

**Medikamentenunverträglichkeit:** .....

#### Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte

Bluterkrankung  , Rheuma  , Tuberkulose  , Herzkrankheit  , Hoher Blutdruck  , Niedrig Blutdruck  ,

Schlaganfall  , Lähmungen  , Magen-Darm  , Sodbrennen  , Nieren- Blasenkrankheiten  ,

Thrombosen; Embolien  , Krampfadern Venenentzündung  , Offenes Bein  ,

Augenerkrankungen  , Krebserkrankung  , Chronische Hauterkrankungen  ,

Erkrankungen der Geschlechtsorgane  , Sexuelle Störungen  , Potenzprobleme  ,

Schwierigkeiten bei Problembewältigung  , Erziehungsschwierigkeiten  , Überforderung  ,

Partner- / Ehekonflikt  , Wohnverhältnisse  , Arbeitslosigkeit  , soziale Isolation  ,

Finanzielle Sorgen/Schulden  , pflegebedürftige Angehörige  , chron. Erkrankung in Familie  ,

Suchtproblematik eigene/Familie  , behinderte/es Kind  , Mangelnde Unterstützung  ,

Mangelnde Anerkennung  , Rasche Geburtenfolge  , Rechtsstreitigkeiten  ,

Probleme Kind und Beruf zu vereinbaren  , Berufliche Überlastung  , Probleme am Arbeitsplatz  ,

Schnarchen  , Lebenspartner/in Atempausen bemerkt  , wachen morgens ausgeruht auf  ,  
quälende Beinbewegung vor / im Schlaf  , andere  ,

- Unterleibsbeschwerden
- häufig Durchfall  häufig Verstopfung
- Probleme mit der Periodenblutung  Liegt eine Schwangerschaft vor?
- Nerven- Geisteskrankheiten  Gemütskrankheit-Depression
- Schlafstörungen  Selbstmordgedanken
- Selbstmordversuch  Epilepsie
- Oft Rückenschmerzen  Bandscheibenschaden
- Ischias  Migräne
- Tropenkrankheiten

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Name                      Stärke                      Wie oft täglich                      Tabl./Tropfen/

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Nehmen Sie öfter:  Schlafmittel:  Beruhigungsmittel:  Schmerzmittel:

Nehmen Sie Drogen ..... .....

Diäten:    nein            ja            welche? .....

Gehäuft vorkommende Erkrankungen bei Blutsverwandten z.B.

Zuckerkrankheit  , Bluthochdruck  , Fettstoffwechselstörung  , Herzinfarkt  ,  
andere

Platz für weitere Bemerkungen. Erkrankung, Operationen Besonderheiten, die noch nicht genannt sind:

Unterschrift:.....

Datum:.....

P.S. möchten Sie an wiederholende Untersuchungs-/Beratungstermine erinnert werden?  Ja /  Nein

In unserer Funktion als betreuende Hausarztpraxis sollten wir über Ihre gesamte Krankenakte verfügen. Möchten Sie, dass wir Ihre Krankenunterlagen bei anderen Ärzten/Kliniken anfordern, bzw. diese zu medizinischen Zwecken an Ärzte bzw. Kliniken weitergeben?

Ja /  Nein

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis damit, dass man mich über notwendige Impfungen informiert, mich an entsprechende Termine erinnert und mir dabei Terminvorschläge macht.

Unterschrift: .....

Datum: .....

**Alle o.g. Angaben habe ich freiwillig gemacht.**

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung,  Telefonbuch,  Zeitungsanzeige,  Internet,  Vortrag