



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