

## ANAMNESEBOGEN ALLGEMEINMEDIZIN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxisteam vom MVZ Dr. Renard & Kollegen und der ZfA MVZ GmbH

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail
Größe	Gewicht	Krankenkasse
Arbeitgeber	Beruf / Tätigkeit	
Vorheriger Hausarzt		

### ALLGEMEINES

Besteht eine gesetzliche Betreuung? | wenn ja, Betreuer (Name & Tel. Nr.): \_\_\_\_\_

Besteht ein Pflegegrad? | wenn ja, welcher: \_\_\_\_\_ Schwerbehindertenausweis? | wenn ja, Grad: \_\_\_\_\_

Besteht ein Merkzeichen vom Versorgungsamt? | wenn ja, welches: \_\_\_\_\_ Brauchen Sie Hilfe im täglichen Leben? ja / nein

Folgende Erkrankungen sind bekannt, bitte ankreuzen:

Herz- / Kreislauferkrankung  ja  nein

Stent | wo: \_\_\_\_\_  erhöhter Blutdruck  Herzschwäche/-insuffizienz

Herzinfarkt  Herzrhythmusstörungen  Herzschrittmacher

Herzklappenersatz | welcher: \_\_\_\_\_  Vorhofflimmern

sonstige: \_\_\_\_\_

Lungenerkrankung  ja  nein

- Asthma bronchiale  Chronische Bronchitis  sonstige: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)  ja  nein

- Diabetes mellitus Typ 1  Diabetes mellitus Typ 2  Insulinpflichtig  
 Diabetischer Fuß  Diab. Augenschädigung  Diab. Nierenschwäche  
 sonstige: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

- Schilddrüsenunterfunktion  Schilddrüsenüberfunktion  Morbus Hashimoto  
 Morbus Basedow  Radiojodtherapie | wann: \_\_\_\_\_  
 Schilddrüsenoperation | wann: \_\_\_\_\_  sonstige: \_\_\_\_\_

Rheumatologische Erkrankung  ja  nein

- Rheumatoide Arthritis  Psoriasisarthritis  Morbus Bechterew  
 sonstige: \_\_\_\_\_

Hauterkrankung  ja  nein

- Neurodermitis  Psoriasis (Schuppenflechte)  sonstige: \_\_\_\_\_  
 Hautkrebs | welcher: \_\_\_\_\_

Magen-Darm-Erkrankung  ja  nein

- Morbus Crohn  Darmkrebs  Colitis ulcerosa  
 Darmpolyp(en)  Refluxkrankheit/Sodbrennen  Magenschleimhautentzündung  
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten | welche: \_\_\_\_\_  
 sonstige: \_\_\_\_\_

Leber-/ Gallenkrankheit  ja  nein

- Leberwerterhöhung  chronische Hepatitis | welche: \_\_\_\_\_  (Frühere) Gelbsucht  
 Fettleber  Gallensteine  Leberzirrhose  
 sonstige: \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankung  ja  nein

- erhöhtes Cholesterin  erhöhte Harnsäure / Gichtanfälle

### Orthopädische Beschwerden ja nein

- Rückenschmerzen  Bandscheibenvorfall | wo: \_\_\_\_\_
- Gelenksbeschwerden | welche: \_\_\_\_\_
- Künstliche Gelenke | welche, wann: \_\_\_\_\_  sonstige: \_\_\_\_\_

### Nierenerkrankung ja nein

- chronische Nierenerkrankung  Nierensteine  Harninkontinenz
- Häufige Harnwegsinfekte  sonstige: \_\_\_\_\_

### Erkrankung der Psyche ja nein

- Depression  Psychosomatische Erkrankung  Psychose
- dauerhafte nervliche Belastung  sonstige: \_\_\_\_\_

### Erkrankung des Nervensystems ja nein

- Schlaganfall  Lähmungen | wo: \_\_\_\_\_
- Morbus Parkinson  Multiple Sklerose  Karpaltunnelsyndrom | Seite: \_\_\_\_\_
- Epilepsie  Polyneuropathie  sonstige: \_\_\_\_\_

### Sonstige ja nein

- Krebserkrankungen | welche, wann: \_\_\_\_\_  Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hep B / C, Tbc)  
(auch ausgeheilte)
- Operationen | welche: \_\_\_\_\_  Ohnmachtsanfälle
- Blutgerinnungsstörung  Leukämie / Lymphome  sonstige: \_\_\_\_\_

### Bestehen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (ggf. auch Rückseite nutzen)

welche und wann: \_\_\_\_\_

### Vegetative Angaben

- |                                       | ja                       | nein                     |   |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Treiben Sie regelmäßig Sport?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welchen   wie oft? _____   |
| Besteht derzeit eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, Geburtstermin: _____   |
| Rauchen Sie?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wie viel: _____ /Tag seit: _____   |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wie viel: _____ /Tag seit: _____   |
|                                       |                          |                          | welchen: <input type="checkbox"/> Wein <input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> Spirituosen |
| Nehmen Sie Drogen?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche: _____  |

Hatte ein Verwandter 1. Grades (Mutter, Vater, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen:  ja  nein

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt vor dem 65. Lj.  | <input type="checkbox"/> Darmpolyp(en)                            | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall vor dem 65. Lj. | <input type="checkbox"/> Darmkrebs                                | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung   welche: |
| <input type="checkbox"/> Plötzlicher Herztod          | <input type="checkbox"/> Andere Krebserkrankungen   welche: _____ |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____              | _____   |   |

An welchen hausärztlichen Standorten werden Sie von uns betreut?

- |                                      |                                      |                                    |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Katzwang    | <input type="checkbox"/> Innenstadt  | <input type="checkbox"/> Eibach    |
| <input type="checkbox"/> Herpersdorf | <input type="checkbox"/> Sündersbühl | <input type="checkbox"/> Schwabach |
| <input type="checkbox"/> Erlangen    |                                      |                                    |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stammpatient seit Jahren | <input type="checkbox"/> Telefonbuch / Gelbe Seiten | <input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen                |
| <input type="checkbox"/> Suchmaschine             | <input type="checkbox"/> Flyer                      | <input type="checkbox"/> Radio                         |
| <input type="checkbox"/> Webseite                 | <input type="checkbox"/> Jameda                     | <input type="checkbox"/> Empfehlung / sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Facebook / Instagram     | <input type="checkbox"/> Örtl. Mitteilungsblatt     |  |

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter unserer Praxen (MVZ Dr. Renard & Kollegen, ZfA MVZ GmbH und ZfG MVZ GmbH) mich über anstehende Untersuchungen, Behandlungen, Aktionen und ärztliche Befunde informieren dürfen. (ggf. streichen)  
Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir freuen uns nach Ihrer Behandlung auf Ihr Feedback:

