



# Praxisgemeinschaft Am Salinenhof

Dr. med. M. Surrey · Martin Althaus

Oliver J. Eickel

Allgemeinmedizin · Reisemedizin · Akupunktur

Innere Medizin · Gastroenterologie

Tel. 05258/989900 Fax 05258/9899026

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

### Persönliche Daten

Nachname	.....	Vorname	.....
Geburtsdatum	.....		
Telefon	.....	Fax	.....
Mobil	.....	E-Mail	.....

### Allgemeine Anamnese

Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt, wenn ja seit wann?

- | Ja                       | Nein                     |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzkranzgefäßerkrankungen, Herzinfarkt                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen)      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckererkrankungen/ Diabetes Mellitus                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte)               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankungen  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chronische Infektionskrankheiten                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutungsstörungen, Bluterkrankungen                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Tbc) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose oder Lungenembolie                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star)                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Operationen/ Unfälle   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstiges: .....   |



# Praxisgemeinschaft Am Salinenhof

Dr. med. M. Surrey · Martin Althaus

Oliver J. Eickel

Allgemeinmedizin · Reisemedizin · Akupunktur

Innere Medizin · Gastroenterologie

Tel. 05258/989900 Fax 05258/9899026

Ja      Nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel: .....Zigaretten

Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja, wieviel: .....Gläser/Woche

Sind Allergien/ Unverträglichkeiten bekannt (z.B. Medikamente)

Wenn ja, wogegen: .....

Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten/ Stimmungsaufheller?

Wie groß sind Sie: .....cm      Wie viel wiegen Sie: .....kg

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

Medikament	morgens	mittags	abends

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Ja      Nein

Gesundheitsuntersuchung

Krebsfrüherkennung

Darmspiegelung



# Praxisgemeinschaft Am Salinenhof

Dr. med. M. Surrey · Martin Althaus

Oliver J. Eickel

Allgemeinmedizin · Reisemedizin · Akupunktur

Innere Medizin · Gastroenterologie

Tel. 05258/989900 Fax 05258/9899026

## Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Ja      Nein

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzkranzgefäßerkrankungen, Herzinfarkt           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckererkrankungen/ Diabetes Mellitus             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankungen                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutungsstörungen, Bluterkrankungen               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose oder Lungenembolie                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen) |

## Sozialanamnese

Familienstand ..... Kinder.....

Beruf .....

Hobbys .....

Freizeitaktivitäten

- |                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sport (welcher) ..... |
| <input type="checkbox"/> | andere .....          |