



**Dr. Cornelia Schrenk  
& Kerstin Müller**

**0234 / 494123**

**Ihre Hausarztpraxis in BO-Dahlhausen**

Gemeinschaftspraxis

Dr. Cornelia Schrenk und Kerstin Müller

44879 Bochum Dahlhausen

Dr.-C.-Otto-Straße 182

Telefon 0234 / 494123

Fax 0234 / 4628919

<https://www.hausarztpraxis-bochum-dahlhausen.de>

## Anamnese - Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Gemeinschaftspraxis begrüßen zu dürfen. Für eine erfolgreiche Behandlung durch Ihre Ärztinnen ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig.

Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen so gut wie möglich. Die Angaben sind natürlich freiwillig. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Zuname	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Telefon 1	<input type="text"/>
Straße / Hausnr	<input type="text"/>	Telefon 2	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>	Telefon 3	<input type="text"/>

### Aktuelle Beschwerden:

Zurzeit bin ich beschwerdefrei

nein

ja

Wenn nein, dann bitte kurz ausfüllen

**Kinderkrankheiten:**

Hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Kinderkrankheiten?

Kinderkrankheit	nein	ja	weiß nicht
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Operationen:**

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche? In welchem Jahr?

Operation	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Vorerkrankungen?**

Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/>	Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris/ Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
		Mamma- CA	<input type="checkbox"/>
		Prostata - CA	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungstraktes	<input type="checkbox"/>	Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>



Hier können Sie die o.g. Erkrankungen näher beschreiben:

sonstige Erkrankungen?

Allergien?

Medikamentenunverträglichkeit:

Familienvorgeschichte

Bluthochdruck <input type="checkbox"/> ja	Blutzuckerkrankheit <input type="checkbox"/> ja	Fettstoffwechselstörung <input type="checkbox"/> ja	Herzinfarkt <input type="checkbox"/> ja
Krebs <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welcher? <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>		

**Medikamente**



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel?

nein

ja

Wenn ja, listen Sie diese Medikamente bitte auf: Einnahme


**Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt?**

nein

ja

Wenn ja, wann und wo und mit welchem Ergebnis:

**Wann war der letzte Check-up oder Krebsvorsorgeuntersuchung?**

Mit welchem Ergebnis?

**Besitzen Sie einen Impfpass?**

nein

ja

Wenn ja, bringen Sie diesen zu Ihrem nächsten Termin mit. Wir überprüfen Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit.

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Diesen Fragebogen können Sie gerne online oder von Hand ausfüllen.

Mit freundlichen Grüßen,

**Ihr Praxisteam**