

# PRAXIS **Jade**

**Klaus-Peter W. Schaps**

Facharzt für Innere Medizin

- hausärztliche Versorgung –

Kniprodestr. 1 – 26388 Wilhelmshaven

Tel. 04421 – 500 57-0 / Fax 04421 – 500 57-29

[info@praxis-jade.de](mailto:info@praxis-jade.de) – [www.praxis-jade.de](http://www.praxis-jade.de)

## **Anamnesebogen für Neupatienten**

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

da Sie sich entschieden haben, als neuer Patient in unsere Praxis zu kommen, möchten wir Sie herzlich bitten, folgenden Anamnesebogen vor Ihrem ersten Besuch in der Praxis möglichst sorgfältig und umfassend für uns auszufüllen.

Dies gibt Ihnen die Möglichkeit zu Hause in Ruhe über gesundheitliche Probleme der Vergangenheit nachzudenken und spart uns bei Ihrem ersten Besuch Wiederholungsfragen.

Bitte halten Sie folgende Dokumente bei Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis bereit:

- Krankenkassenkarte
- Impfpass
- Vorbefunde (z.B. Facharztberichte oder Krankenhausberichte)
- Allergiepass (wenn vorhanden)

Wir bedanken uns sehr und freuen uns auf Ihren Besuch,

*Ihr Klaus-Peter W. Schaps*

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  früher  nein  ja, ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Regelmäßiger Alkoholkonsum?  nein  ja

Allergien?  nein

ja: \_\_\_\_\_

Stattgefundenene Operationen (mit Jahresdatum):

---

---

Meine Medikamente, die ich regelmäßig einnehme lauten:

Medikament	Stärke (mg)	morgens	mittags	abends	nachts

Welche Erkrankungen sind aus Ihrer Vorgeschichte bereits bekannt?

Hoher Blutdruck  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_

Herzinfarkt / KHK (koronare Herzerkrankung)  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_

Eingriffe am Herzen durchgeführt?  nein  ja, am: \_\_\_\_\_

Vorhofflimmern / unregelmäßiger Herzschlag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Nierenschwäche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Zuckererkrankung / Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Offene Beine / Krampfadern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Lungenerkrankung / Asthma / COPD	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Osteoporose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Gicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Wichtige Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann: _____
Kuraufenthalte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann: _____
Sonstige bekannte Erkrankungen		

---

PRAXIS JADE

PRAXIS Jade

