



Gesundheitspraxis WHV
mit Schwerpunkt Diabetologie
Akademische Lehrpraxis
der Medizinischen Hochschule Hannover
der Universitätsmedizin Göttingen

Dr. med. Jenny Luong-Thanh
Innere Medizin - Diabetologie
Kardiologie - Notfallmedizin
Dr. med. Lam Luong-Thanh
Innere Medizin - Ernährungsmedizin
Notfallmedizin - Akupunktur

Preußenstrasse 48d
26388 Wilhelmshaven

Tel.: 04421 - 5076677
Fax.: 04421 - 7479730
info@gesundheitspraxis-whv.de
www.gesundheitspraxis-whv.de

Wilhelmshaven, _____

Patienten-Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

erst einmal möchten wir Sie als Team der Gemeinschaftspraxis herzlich begrüßen. Um Sie gleich von Anfang an möglichst umfassend beraten und behandeln zu können, benötigen wir noch einige Angaben von Ihnen, die sowohl Ihre aktuelle Situation als auch frühere Ereignisse betreffen. Wir bitten Sie daher, sich einige Minuten Zeit zu nehmen, um diesen Fragebogen, soweit es Ihnen möglich ist, auszufüllen. Offene Fragen und Anliegen können wir dann sicher im gemeinsamen Gespräch klären. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Email: _____

PLZ Ort : _____ Tel : _____

Bisheriger Hausarzt (Name, Anschrift, Tel. – sofern bekannt): _____

Lebensgewohnheiten

Zigaretten nein ja tgl. Menge: _____

Alkohol nein ja tgl. Menge / Art: _____

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Der Grund Ihres Kommens

Ihre akuten Beschwerden: _____

Ich möchte mich beraten lassen, und zwar _____

Woher kennen Sie uns? Empfehlung Zeitung Telefonbuch
 Internet sonstige

Wann haben Sie die letzte Vorsorgeuntersuchung (Check up) durchführen lassen?

_____ (Monat/Jahr)

Bei mir sind folgende weitere Erkrankungen bekannt:

Keine	<input type="checkbox"/>			
Cholesterin zu hoch	<input type="checkbox"/>	ja	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	ja	Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ja
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	ja	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja
Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	ja	Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	ja	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja
Asthma/chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/>	ja	Allergien	<input type="checkbox"/> ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	ja	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja
Operationen*	<input type="checkbox"/>	ja	*Wenn ja, welche	_____
Krebs*	<input type="checkbox"/>	ja	*Wenn ja, welche Art	_____

In meiner Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Onkel, Tante) sind folgende Erkrankungen bekannt:

Herzkrankheit/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	ja	bei wem? _____
Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	ja	bei wem? _____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	ja	bei wem? _____
Krebs*	<input type="checkbox"/>	ja	bei wem? _____

*Wenn ja, welche Art(en)? _____

Nehmen Sie Dauermedikamente ein? Wenn ja, welche und wie?

<i>Medikamentenname / Stärke</i>	<i>Morgens</i>	<i>Mittags</i>	<i>Abends</i>	<i>Nachts</i>

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Ihr Praxisteam