

Familienanamnese (nur Blutsverwandte)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Familienstand: _____ Kinder: nein _____ ja _____ Anzahl _____

Bekannte Krankheiten in der Familie: (bitte ankreuzen)

	Mutter	Vater	Großeltern	Geschwister	Sonstige
Cholesterin	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
Diabetes	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
Schilddrüse-Krankheiten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
Herzerkrankungen z.B. <i>Herzinfarkt</i>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
Neurologische Krankheiten z.B. <i>Demenz, Depressionen, Parkinson, Schlaganfall</i>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
Krebserkrankungen Welchen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
Sonstiges	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				

Bei Männern:

- PSA-Wert bestimmen? ja nein (ca. 18€)
- Falls kein PSA gewünscht, wird es bereits beim Urologen kontrolliert?
Ja ____ nein ____



Vorausgehende Fraktur? Hüftfraktur eines Elternteils? Nehmen Sie Kortison haltige Medikamente?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein wenn ja, welche? _____
Rauchen Sie? Zigaretten ____ E-Zigarette ____ Vape ____ Shisha ____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wie viele Zigaretten am Tag? _____ Ex-Raucher seit _____
Trinken Sie Alkohol?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wie oft?
Machen Sie Sport?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Was und wie oft?
Haben Sie Stress?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Haben Sie Fragen zur sexuelle Gesundheit?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Ich habe eine:

- Vorsorgevollmacht ja nein
- Patientenverfügung ja nein
- Betreuungsverfügung ja nein
- Pflegegrad ja nein Stufe: _____

Kontakt im Notfall

Name, Vorname: _____

Tel. Nr.: _____ Handy Nr. _____

Name, Vorname: _____

Tel. Nr.: _____ Handy Nr. _____

Name, Vorname: _____

Tel. Nr.: _____ Handy Nr. _____

Ich bin einverstanden, dass im Notfall die oben genannte Person kontaktiert wird.

Unterschrift: _____ Datum: _____



Hausärztliche
Gemeinschaftspraxis

Alexandra Frank
Fachärztein für Allgemeinmedizin

Volker Hagmaier
Facharzt für Allgemeinmedizin