

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient! Damit wir Sie optimal betreuen können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen.

Angaben zur Person:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Beruf / Tätigkeit: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Welche Gewohnheiten haben Sie?

Rauchen Sie? Ja / Nein

Wenn ja, wieviel pro Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? Ja / Nein

Wenn ja, wieviel pro Tag? _____

Treiben Sie Sport? Ja / Nein

Wenn ja, wieviel pro Wo? _____

Arbeiten Sie im Schichtdienst? Ja / Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Medikament/Dosierung morgens mittags abends nachts

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen / Unverträglichkeiten?

Welche?

Medikamente? _____ Nahrungsmittel? _____

Pollen / Tierhaare? _____ Sonstige Materialien? _____

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Ja / Nein Wenn ja, wann? _____

Darmspiegelung Ja / Nein Wenn ja, wann? _____

Frauen:

Sind Sie Schwanger? _____ Wenn ja, voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

Wann war Ihre letzte Vorsorge beim Frauenarzt? _____

Männer:

Waren Sie schon mal beim Urologen? Ja / Nein

Wenn ja, wann? _____ weshalb? _____

Bitte Rückseite ausfüllen!

Krankenhausaufenthalte / Operationen:

Wann?

Welche Art der Behandlung oder Operation?

Erkrankungen?	eigene Erkrankungen	familiäre Vorerkrankungen
----------------------	----------------------------	----------------------------------

Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen- /Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauterkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerz / Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psychische Störung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Infektionskrankheit (z. B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV)

wenn ja, welche: _____

Krebsleiden

wenn ja, welche: _____

Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen? (z. B. sonstige gesundheitliche Beschwerden, Wünsche, Anregungen)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte vereinbaren Sie einen Termin in unserer Praxis und bringen Sie Ihren **Impfpass** und den ausgefüllten Anamnesebogen mit!

Vielen Dank!