

## 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?

---

---

---

---

<b>Erkrankungen?</b>	<b>eigene Erkrankungen</b>	<b>familiäre Vorerkrankungen</b>
----------------------	----------------------------	----------------------------------

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!