

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir einige Informationen von Ihnen. Diese erfassen wir in einem kleinen Anamnesebogen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

bisheriger Hausarzt \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

Nein  Ja \_\_\_\_\_ pro Tag/Jahre

Sind Allergien bekannt (z.B. Medikamente, Pollen, Lebensmittel)?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon mal operiert? Wenn ja, weshalb?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Haben Sie chronische oder infektiöse Krankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen!

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Bluthochdruck  Tumorleiden

Asthma, chronische Bronchitis  Schilddrüsenerkrankung

Herzinfarkt, Herzerkrankungen  Zuckerkrankheit (Diabetes)

HIV  Hepatitis A/B/C

Sind schwere Erkrankungen im Familienkreis bekannt? Wenn ja, welche?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Sind Sie grundsätzlich damit einverstanden, dass wir Sie in unser Erinnerungssystem aufnehmen um Sie ggf. an Termine und Untersuchungen zu erinnern?

Nein  Ja

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_