



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Beruf _____

E-Mail _____

Telefon/Handy _____

Ich bin regelmäßig in Behandlung bei

Kardiologe Lungenarzt Orthopäde Neurologe Urologe Frauenarzt

Name des behandelnden Arztes

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen? Ja Nein

Bluthochdruck

Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt

Schlaganfall

Durchblutungsstörung der Beine (PAVK)

Thrombose, Lungenembolie

Blutungsstörung, Bluterkrankung

Blutzuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Darmerkrankungen

Magenerkrankung

Tumorerkrankung

Nierenerkrankung

Lebererkrankung

	Ja	Nein
Hautkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fettstoffwechselstörung (erhöhte Cholesterinwerte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenk-Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankung (Asthma, Chronische Bronchitis, Tbc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Erkrankung (Depression, Psychose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Infektionskrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfallsleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Vorerkrankungen	_____	

	Ja	Nein
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gegen Medikamente	_____	
Wenn ja, gegen welche	_____	

Andere Allergien	_____	

Hatten Sie bereits eine/mehrere Operationen?

Wenn ja, welche und wann

Besteht oder bestanden bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutzuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Allgemeine Anamnese

Stuhlgang normal Durchfall Verstopfung

Wasserlassen normal nachts mehr als 1-2x

Gewichtsveränderung keine Zunahme Abnahme _____ kg, in _____ Monaten

Körpergröße, Gewicht _____

Rauchen Sie ja wieviel am Tag _____ seit wieviel Jahren _____

Trinken Sie Alkohol ja nein gelegentlich

Sind Sie schwanger ja nein vielleicht

Haben Sie einen kompletten Impfschutz ja nein

Wenn nicht, bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit!

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Gesundheitsuntersuchung Krebsfrüherkennungsuntersuchung Darmspiegelung

Nehmen Sie Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Pille)

MEDIKAMENT	morgens	mittags	abends

Einverständnis zur Informationsweitergabe

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis - sofern dieses für meine Behandlung erforderlich ist - zugänglich sind. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben. Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Fachärzte, Psychotherapeuten oder Kostenträger, übermittelt werden.

Datum _____ Unterschrift _____