



Anamnesebogen

Seite 1

Name _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Größe _____ cm
Beruf _____	Gewicht _____ kg
Phone _____	E-Mail _____
Familiäre Situation _____	Bisheriger Hausarzt _____
Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche: _____	
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie viel: _____	

Vorerkrankungen	Bei mir	In der Familie	Vorerkrankungen	Bei mir	In der Familie
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologische Erkrankungen		
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholesterinerhöhung / Fette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KHK Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthopädische Erkrankungen		
Thrombosen oder Embolien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knie - / Hüftarthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gynäkologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	regelmäßige Kontrolle	<input type="checkbox"/>	
Erkrankungen der Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urologische Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Blase, Niere, Prostata)		
Tumor Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:			Wenn ja, welche:		



Anamnesebogen

Seite 2

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche und zu welchem Zeitpunkt:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche (oder wenn vorhanden bitte den Medikamentenplan mitbringen):

Medikament	Stärke	Anzahl			
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> nachts
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> nachts
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> nachts
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> nachts
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> nachts

Haben Sie einen Impfpass?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, gerne mitbringen

Welche Wünsche haben Sie an uns? Und was ist Ihnen besonders wichtig?

☐ Ich erkläre mich damit einverstanden in Zukunft per Kurznachricht (z.B. SMS, E-Mail, Messenger, o.Ä.)
über anstehende Termine, Impfungen, Gesundheit-Checks etc. vorab informiert bzw. erinnert zu werden.

Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten erkläre ich mich einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Unterschrift _____ Datum _____

Vielen Dank! Ihr Praxisteam
