



**Anamnesebogen**

Seite 1

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ cm

Beruf \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Phone \_\_\_\_\_

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

Familiäre Situation \_\_\_\_\_

Bisheriger Hausarzt \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten?

ja  nein Wenn ja, welche:

Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, wie viel: \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen**

Bei mir In der Familie

Bluthochdruck

 

Diabetes mellitus

 

Cholesterinerhöhung / Fette

 

KHK Herzinfarkt

 

Schlaganfall

 

Thrombosen oder Embolien

 

Gerinnungsstörungen

 

Asthma bronchiale

 

COPD

 

Erkrankung des Magen-Darm-Trakt

 

Erkrankungen der Leber

 

Schildrüsenerkrankung

 

Tumor Erkrankungen

 

Wenn ja, welche:

**Vorerkrankungen**

Bei mir In der Familie

Neurologische Erkrankungen

 

Epilepsie

 

Multiple Sklerose

 

Morbus Parkinson

 

Orthopädische Erkrankungen

 

Osteoporose

 

Knie - / Hüftarthrose

 

Rheumatische Erkrankung

 

Gynäkologische Erkrankungen

 

regelmäßige Kontrolle

 

Urologische Harnwegserkrankungen

 

(Blase, Niere, Prostata)

 

Andere Erkrankungen

 

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				
		<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> nachts	
		<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> nachts	
		<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> nachts	
		<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> nachts	
		<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