

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
um wichtige Informationen zu Ihrer Krankheitsgeschichte zu erfassen, bitten wir Sie, kurz aber vollständig, die folgenden Fragen zu beantworten. Unklare Fragen lassen Sie bitte offen, der Arzt oder eine Praxismitarbeiterin wird diese mit Ihnen beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind von Ihnen freiwillig auszufüllen.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____. _____. _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Festnetznummer: _____ Mobilfunknummer: _____

Privatversicherte bitte um Angabe der Privat-Krankenkasse: _____

Haben Sie Allergien u. Arzneimittel-Überempfindlichkeiten, wenn ja welche:

Hatten Sie schon eine der folgenden Erkrankungen? (Bitte ankreuzen)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Angeborener Herzfehler
- Herzklappenfehler
- Schlaganfall
- Niedriger Blutdruck
- Hoher Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- Venenentzündung
Thrombose
- Embolie
- Bewusstlosigkeit

Stoffwechselerkrankungen

- Diab. Mell. (Zucker)
- Gicht
- erhöhte Blutfettwerte
- Schilddrüsenerkrankung

sonstige Erkrankungen

- Baucherkrankungen
- Nierenerkrankung
- Krebserkrankung
- Hauterkrankung
- Nerven-Gemütskrankung
- KnochenGelenkerkrankung
- Rheuma
- Lungenerkrankung
- Prostataleiden

Allgemeine Vorgeschichte

- Wasser lassen nachts?
- Raucher
- Nicht Raucher seit: _____
- Alkohol _____ Glas/Tag: _____
- Treiben Sie Sport?

Familie

- Hoher Blutdruck
 - Herzinfarkt/Schlaganfall
 - Zuckerkrankheit
 - Hohe Blutfettwerte
-
- Reizdarm
 - Borreliose
 - umweltmed. Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? (Wenn möglich, bitte mit jeweiligen Dosierungen) Halten Sie bitte Ihren Medikamentenplan bereit.

Jetzige Beschwerden: _____

Haben Sie Interesse an unserem Newsletter? Email-Adresse: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____