



## ANAMNESEBOGEN

**Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir einige Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld und Ihrer Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in einem kurzen Anamnesebogen.**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail Adresse

Bitte nennen Sie uns Ihren vorherigen Hausarzt, damit wir evtl. relevante Vorbefunde dort anfordern zu können.



Sind Allergien gegen Medikamente, Pollen, Lebensmittel bekannt? Wenn ja, welche?



Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann, woran und in welchem Krankenhaus?



Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?



Haben Sie einen Impfausweis? Wenn ja, bringen Sie diesen bitte bei Ihrem nächsten Praxisbesuch mit, wir beraten Sie gerne.



**Bestehen oder Bestanden bei Ihnen folgende chronische Erkrankungen?**

	NEIN	JA	WENN JA, SEIT WANN?
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma bronchiale, chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt oder anderer Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krampfadern, Thrombose, offene Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gelbsucht, Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Harnsäureerhöhung (Gicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutungsneigung, Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Erkrankungen der Gelenke oder der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grüner Star (Glaukom) oder Grauer Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektiöse Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?



Von welchen Fachärzten werden/wurden Sie mitbetreut?

