

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um sie gut beraten zu können, ist die möglichst vollständige Kenntnis über ihre Krankheitsvorgeschichte wichtig. Damit Sie sich in aller Ruhe konzentrieren können, haben wir diesen Fragebogen entworfen. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut wie möglich.

Name: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____ Fax: _____

Beruf, Kinder, Familienstand: _____

	in der eigenen Vorgeschichte	in der Familien- Vorgeschichte
Hochdruck	☐	☐
Zuckerkrankheit	☐	☐
Fettstoffwechselstörungen	☐	☐
Herzinfarkt/Herzdurchblutungsstörungen	☐	☐
Schlaganfall/Gehirndurchblutungsstörungen	☐	☐
Durchblutungsstörungen der Beine	☐	☐
Nierenerkrankungen	☐	☐
Lungenerkrankungen	☐	☐
Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
Psychische Störungen	☐	☐
Thrombose/Embolie	☐	☐
Glaucom (Augendruckerhöhung)	☐	☐
Krebserkrankung Wenn ja, welche:	☐	☐
Allergien, Hauterkrankung Wenn ja, welche:	☐	☐
Operationen Wenn ja, welche:		

Sonstige Erkrankungen:

Medikamente – die sie zusätzlich zu den uns bekannten nehmen (auch frei verkäufliche)

Wenn ja, welche: _____

Rauchen: ☐ gelegentlich ☐ täglich ☐ nie

Alkohol: ☐ gelegentlich ☐ täglich ☐ nie

Gewicht: _____ kg

Größe: _____ cm

Pflegestufe: _____

Grad der Behinderung: _____

Minderung der Erwerbsfähigkeit: ☐ ja ☐ nein

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit einer Wiedereinbestellung zu Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und vorgesehenen Kontrolluntersuchungen.

Datum

Unterschrift