



**Herzlich Willkommen in unserer Praxis.**

Die Beantwortung nachfolgender Fragen hilft uns einen ersten Überblick über Ihren Gesundheitszustand zu bekommen. Mit der sorgfältigen Beantwortung dieser Fragen helfen Sie uns dabei, Sie und Ihren Gesundheitszustand besser einschätzen zu können und Ihnen so die beste Hilfe und Therapie zukommen zu lassen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Männlich  Weiblich

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Name Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

Name Ihrer Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Anamnesebogen:**

**Ihre Vorerkrankungen**

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Thrombose/Embolien	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Gelenk-Rheuma	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Hautkrankheit	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Gicht	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Schilddrüsenkrankheit	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Asthma	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
COPD	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Blut-/Tumorerkrankung*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja

\*Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergien / Unverträglichkeiten:	Penicillin	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
	Kontrastmittel	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
	Andere*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja

\*Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Familienvorgeschichte (Groß-/Eltern, Geschwister, Kinder)**

Herzinfarkt	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Gerinnungsstörung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja*	<input type="checkbox"/>

\*Welche? \_\_\_\_\_

Andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Nein

Ja

Medikament

Wie oft

Seit wann

Medikament	Wie oft	Seit wann

**Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Kuren**

Krankenhaus

Erkrankung

Wann

Krankenhaus	Erkrankung	Wann

**Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden (bzw. den Grund Ihrer Vorstellung bei uns)**

---

---

---

---

---

---

---

---

Ihr Praxisteam bedankt sich bei Ihnen für das Ausfüllen des Anamnesebogens!

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Patient/in