



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