

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, damit ich Sie besser kennenlernen kann und im hektischen Praxisalltag oft zu wenig Zeit dafür ist, bitte ich Sie, mir folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:		Geb.-Datum:	
Adresse:			
Telefon:		Handy:	
Beruf:		E-Mail:	

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein	Seit?	ggf. nähere Angaben
Bluthochdruck	☐	☐		
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	☐	☐		
Schlaganfall	☐	☐		
Durchblutungsstörungen der Beine	☐	☐		
Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐	☐		
Fettstoffwechselstörung	☐	☐		
Tumorerkrankung	☐	☐		
Lebererkrankung	☐	☐		
chronische Infektionskrankheit	☐	☐		
Blutungsstörung, Bluterkrankungen	☐	☐		
Lungenerkrankung (Asthma/COPD)	☐	☐		
Thrombose, Lungenembolie	☐	☐		
psychische Erkrankung	☐	☐		
Krampfleiden/neurologische Erkrankung	☐	☐		
Augenerkrankung	☐	☐		
Sonstiges	☐	☐		
Operationen/Unfälle	☐	☐		
Allergien gegen Medikamente	☐	☐		
Sonstige Allergien	☐	☐		
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	☐	☐		
Falls Sie aufgehört haben, seit wann?				
Trinken Sie Alkohol?	☐	☐		
Falls ja, wie oft? Wie viel?				

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

(Falls vorhanden, können Sie uns auch gerne kurz den Medikationsplan zum Kopieren geben.)

Name des Medikaments	Früh	Mittags	Abends	Nachts

Haben Sie bereits folgende Untersuchungen durchführen lassen?

	Ja	Nein	Falls ja, wann?
Herzkatheter	☐	☐	
Darmspiegelung	☐	☐	

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen aufgetreten?

	Ja	Nein	ggf. nähere Angaben
Bluthochdruck	☐	☐	
Herzerkrankungen	☐	☐	
Schlaganfall	☐	☐	
Durchblutungsstörungen der Beine	☐	☐	
Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐	☐	
Tumorerkrankungen	☐	☐	
Blutungsstörungen/Bluterkrankungen	☐	☐	
Thrombose, Lungenembolie	☐	☐	

Familienstand:

Kinder:

Weitere Angaben

Machen Sie Sport? (was? Wie oft?)

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Datenschutz

Datenschutzhinweis

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, Ihre oben gemachten Angaben werden nach den gültigen Datenschutzrichtlinien unserer Praxis genutzt und verarbeitet. Diese finden Sie im Aushang der Praxis. Ihre Einwilligung hierzu erteilen Sie uns gerne schriftlich an der Anmeldung.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Praxisvermerk / interne Notizen

Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen.