

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir heißen wir Sie in unserer Praxis herzlich willkommen.
Um wichtige Informationen Ihrer Krankenschichte zu erfahren, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, werden wir Ihnen gerne behilflich sein.

Name / Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Sind bei Ihnen in folgenden Bereichen Erkrankungen bekannt?

Schilddrüse	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>
Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>
Herz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>
Magen/Darm	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>
Nieren	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>
Harnsäure	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>
Augen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>
Asthma/chron. Bronchitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>
Gelenk/Rheuma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>
Haut	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	In der Familie <input type="checkbox"/>

Besteht eine Infektionskrankheit? Ja Nein

Leiden Sie an einer Allergie Ja Nein

Leiden Sie an Blutgerinnungsstörung? Ja Nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten ca. täglich? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Besitzen Sie einen Impfausweis? Ja Nein

Wann war der letzte Check Up/Darmspiegelung/Urologische o. Gynäkologische
Vorsorge?

Wann war das letzte Hautkrebsscreening? _____