

# Anamnesebogen

## Seite 1/2



Nachname, Vorname, Geburtsdatum

Datum: xx.xx.xxxx

### Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns Sie als Neupatient in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um uns einen besseren Eindruck über Ihren Gesundheitszustand machen zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen. Unklarheiten lassen Sie bitte offen und besprechen diese mit unseren Ärzten bei Ihrem nächsten Termin.

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm

**Letztes Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Beruf:** \_\_\_\_\_

### Wohnsituation:

verheiratet o. mit Partner lebend

alleinstehend

in Rente

Kinder im Haus

**Sport:** \_\_\_\_\_ wie häufig? \_\_\_\_\_

**Raucher**     ja     nein

### Vorerkrankungen und Operationen:

Ist bei Ihnen eine der folgenden Vorerkrankungen bekannt (bitte ankreuzen)?

Bluthochdruck

Asthma oder COPD

Diabetes

Thrombose oder Lungenembolie

KHK / Herzinfarkt

Blutungsneigung

Schlaganfall

Schilddrüsenerkrankung

Krebserkrankung

Hepatitis und/oder HIV

Wurden Sie bereits einmal operiert (bitte ankreuzen)?

Blinddarm entfernt

Gallenblase entfernt

Mandeln entfernt

Schilddrüse entfernt

Herzschrittmacher oder ICD

Armbruch oder Beinbruch

Weitere, nicht aufgeführte Vorerkrankungen oder Operationen?

---

---

# Anamnesebogen

## Seite 2/2



Nachname, Vorname, Geburtsdatum

Datum: xx.xx.xxxx

### Medikamente:

Welche Medikamente (Tropfen, Tabletten, Sprays...) nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament und Dosierung	morgens	mittags	abends
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Allergien:

Besteht eine Allergie gegen Medikamente?  ja  nein

Falls ja, gegen welche Medikamente und wie äußert sich die Allergie?

---

Besteht ein Pollen-, Tierhaar- oder Hausstauballergie?  ja  nein

Falls ja, gegen was und/oder wann tritt die Allergie auf?

---

### Impfungen:

Bitte bringen Sie zu einem der nächsten Termine Ihren Impfpass mit, damit wir den Impfschutz überprüfen können.

---

Unterschrift