



ANAMNESEBOGEN

Wir verstehen uns als Bindungsglied zwischen den einzelnen Fachbereichen. Nur so können wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen. Deshalb brauchen wir viele Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankheitsgeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte.

Diese Informationen erfassen wir in diesem ausführlichen Anamnesebogen.

Vielen Dank für Ihr Bemühen!

Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Geb. am: _____

Geburtsort/ Land: _____

Weiblich: ___ Männlich: ___

Tätigkeit: _____

Ihre Gewohnheiten

Rauchen Sie? Ja Nein Wieviel _____ Seit wann _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein Wie oft? _____ Welchen _____

Haben Sie viel Streiß? Ja Nein Welchen? _____

Treiben Sie Sport? Ja Nein Welchen und wieviel _____

Essen Sie frisches Gemüse? Ja Nein Selten Häufig täglich

Essen Sie Fleisch und Wurst? Ja Nein Selten häufig täglich

Schlafen Sie ausreichend? Ja Nein Wieviel Stunden pro Nacht? _____

Haben Sie Beschwerden mit

Kopf/Hals Schilddrüse/ Zähnen? Ja Nein Welche: _____

Herz/Kreislaufsystem? Ja Nein Welche: _____

Lunge / Atemwege? Ja Nein Welche: _____

Nieren/ Harnsystem/ Genital/ Sexualität? Ja Nein Welche: _____

Nerven/ Knochen/ Muskeln/ Gelenke? Ja Nein Welche _____

Haut? Ja Nein Welche _____

Sonstige Beschwerden: _____

Erkrankungen in der Familie? _____



Besitzen Sie einen Impfausweis? Ja Nein

(Bitte beim nächsten Mal, spätestens zum nächsten Check up mitbringen, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus)

Wann waren Sie das letzte Mal beim Arzt: _____

Weswegen: _____

Wann war der letzte Check Up?: _____

Bitte nennen Sie und Name und Adresse des vorherigen Hausarztes:

.....
.....
.....

Welche Medikamente nehmen Sie und wie oft am Tag

(Falls Sie einen Medikamentenplan haben, bitte mitbringen)

Name	Morgens	Mittags	Abends

Nennen Sie bitte Krankenhausaufenthalte, Operationen

	Wann

Um mit Ihnen auch kurzfristig Kontakt aufnehmen zu können, geben Sie uns bitte folgende Daten an:

0 Per Telefon unter folgender Nummer: _____

0 Per E-Mail unter folgender E-Mail-Adresse: _____

Sie dienen ausschließlich zur Kontaktaufnahme zwischen der Praxis und Ihnen und wird nicht an dritte weitergegeben.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank!