

## 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!

Name: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ Weiblich: \_\_\_\_ Männlich: \_\_\_\_ Divers: \_\_\_\_

Tätigkeit/Beruf: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

### **Ihre Gewohnheiten**

Rauchen Sie?      Ja      Nein      Wieviel \_\_\_\_\_      Seit wann \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?      Ja      Nein      Wieviel \_\_\_\_\_

Haben Sie **Vorerkrankungen**, die Sie regelmäßig kontrollieren lassen oder lassen sollten?  
(z.B. an Kopf, Herz, Magen/Darm, Arme/Beine usw.)

Hatten Sie bereits **OPs**?

Haben Sie **Allergien**?

---

---

---

Heutige Beschwerden: \_\_\_\_\_

### **Familienanamnese:**

Gibt es Erkrankungen in der Familie?  
(Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Krebserkrankungen)

---

---

---

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 Ihr letzter Check Up 35 und bei Männern ab 65 das Bauchschlagader-  
Ultraschall? \_\_\_\_\_

Denken Sie daran, dass der Check Up nur alle 3 Jahre und das Aorten-Screening nur einmalig möglich ist! Bei  
falscher Angabe muss die Vorsorge in Rechnung gestellt werden!

Bitte nennen Sie Name und Ort des vorherigen Hausarztes und Facharztes

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie und wie oft am Tag?

*(Falls Sie einen Medikamentenplan haben, bitte mitbringen)*

Name	Morgens	Mittags	Abends

Für unsere Terminkalender SAMEDI (auch online Buchung möglich) und um mit Ihnen auch  
kurzfristig Kontakt aufnehmen zu können, geben Sie uns bitte folgende Daten an:

Per Telefon unter folgender Nummer:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie uns nur dann Ihre Adressen an, wenn Sie auch eine Kontaktaufnahme  
wünschen. Sie dienen ausschließlich zur Kontaktaufnahme zwischen der Praxis und Ihnen  
und wird nicht an Dritte weitergegeben. Sie erhalten eine Bestätigung per SMS oder E-Mail  
bzw. erhalten Sie auch eine Erinnerung.

Bitte geben Sie **abholberechtigte Personen** an, die für Sie Rezepte/Überweisungen oder  
ähnliches abholen dürfen:

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

*Vielen Dank!*