

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die folgenden Fragen dienen dazu, uns vorab einen umfassenden Eindruck Ihres Gesundheitszustandes zu machen. Das ermöglicht uns individuell auf Ihre Beschwerden eingehen zu können. **Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Name	aktuelle Adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vorname	derzeitige Tätigkeit	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Telefon (privat)	Telefon (dienstlich)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Mobil	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche aktuellen Beschwerden haben Sie zu uns geführt?

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

Erkrankung	Ja	Wann / Seit?	Erkrankung	Ja	Wann / Seit?
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Lungen-/Bronchialerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	erhöhte Harnsäurewerte	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Thrombosen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Magenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blutkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Krampfleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
koronare Herzkrankheit (KHK)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	andere Erkrankungen		
andere Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Bitte listen Sie diese auf.

Medikamentenname / Stärke

Medikamentenname / Stärke

Sind Medikamentenunverträglichkeiten bei Ihnen bekannt?

Nein Ja, folgende

Familien-Anamnese (bitte ankreuzen)

Erkrankung	Vater	Mutter	Großeltern	Kinder
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wir bedanken uns für Ihre Mühe und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit!