

Liebe Patientin, Lieber Patient!

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit zum vollständigen Ausfüllen des Anamnesebogens. Sie helfen uns dadurch, eine optimale Behandlungsgrundlage zu schaffen.

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder (Alter): \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_m Gewicht: \_\_\_\_\_kg Beruf: \_\_\_\_\_

Haben bzw. hatten Sie folgende Erkrankungen?	Nein	Ja	Ergänzung der Ärztin
Allergien (Allergiepass vorhanden)			
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)			
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Infarkt, Schrittmacher, Bluthochdruck, .....)			
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, .....)			
Lungenerkrankungen (Asthma, chron. Bronchitis)			
Tumorerkrankungen			
Schilddrüsenerkrankungen			

Sind die oben genannten Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Alter der Eltern? Mutter: \_\_\_\_\_ Jahre, Vater: \_\_\_\_\_ Jahre

Durchgemachte Kinderkrankheiten: \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Impfpass? Wenn ja, bitten wir Sie diesen vorzulegen!**

Frühere Operationen: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist eine Unverträglichkeit gegen Medikamente bekannt?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja

Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie jemals geraucht?  Nein  Ja

Treiben Sie regelmäßig Sport?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ x/ Woche

Sind Sie an Gesundheitsvorsorge interessiert?  Nein  Ja

Einverständniserklärung zur Benachrichtigung  
bestimmter Untersuchungen durch ein Recall?  Nein  Ja

### Fragen für weibliche Patienten!

Erste Regelblutung mit \_\_\_\_\_ Jahren

Haben Sie Menstruationsbeschwerden?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich bereits in den Wechseljahren?  Nein  Ja

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  Nein  Ja

Wenn ja, welche SSW? \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben, sowie  
mein Einverständnis, in dieser Praxis behandelt zu werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten