

Dieser **Anamnesebogen** dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn vor der Konsultation sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Männlich ☐ Weiblich ☐

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Familienanamnese

(wenn ja dann bitte wer, (Mutter=M, Vater=V, Großmutter=GM, Großvater=GV)

Tumorerkrankung	Nein ☐	Ja ☐	_____
Bluthochdruck	Nein ☐	Ja ☐	_____
Blutzuckerkrankheit	Nein ☐	Ja ☐	_____
Schlaganfall	Nein ☐	Ja ☐	_____
Herzkrankheit	Nein ☐	Ja ☐	_____

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	Nein ☐	Ja ☐
Blutzuckerkrankheit	Nein ☐	Ja ☐
Magenerkrankung	Nein ☐	Ja ☐
Tumorerkrankung	Nein ☐	Ja ☐
Nierenerkrankung	Nein ☐	Ja ☐
Lebererkrankung	Nein ☐	Ja ☐
Hautkrankheit	Nein ☐	Ja ☐
Fettstoffwechselstörung	Nein ☐	Ja ☐
Gicht	Nein ☐	Ja ☐
Gelenk-Rheuma	Nein ☐	Ja ☐
Tuberkulose	Nein ☐	Ja ☐
HIV - Aids	Nein ☐	Ja ☐
Asthma	Nein ☐	Ja ☐
Herzkrankheit	Nein ☐	Ja ☐
Schlaganfall	Nein ☐	Ja ☐
Psychische Erkrankung	Nein ☐	Ja ☐
Anfallsleiden	Nein ☐	Ja ☐

Andere Vorerkrankungen: _____

Allergien

Gegen Medikamente Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, gegen welche? _____

Andere Allergien: _____

Hatten Sie bereits eine/mehrere Operationen?

Wenn ja, welche und wann?:

Allgemeine Gesundheitsfragen:

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

Gewichtsveränderung Keine ☐ Zunahme ☐ _____ kg in _____ Monaten

Abnahme ☐ _____ kg in _____ Monaten

Rauchen Sie? Nein ☐ Ja ☐

Wie viele Zigaretten am Tag? _____ Seit wie viel Jahren?: _____

Trinken Sie Alkohol Nein ☐ Ja ☐ Was, wie oft und wie viel?

Nehmen Sie Medikamente Nein ☐ Ja ☐ Welche?

Sind Sie schwanger Nein ☐ Ja ☐

Haben Sie einen kompletten Impfschutz? Nein ☐ Ja ☐

Wenn nicht, bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit.

Wann war die letzte Vorsorge-Untersuchung (Check up 35)? _____

Wann wurde die letzte Hautkrebs-Vorsorge durchgeführt? _____

Möchten Sie an anstehende Vorsorgetermine per Brief ☐ und/oder telefonisch ☐
erinnert werden? Nein ☐

Bisheriger Hausarzt: _____

Uns interessiert, wie Sie zu uns kamen

Durch Empfehlung

☐ von: _____

Telefonbuch ☐ Internet ☐ Sonstiges ☐

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Einverständnis zur Informationsweitergabe:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen z.B. im Rahmen von Überweisungsaufträgen unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Fachärzte oder Psychotherapeuten übermittelt werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____