



PRAXIS HILCHENBACH ANAMNESEBOGEN

Dres. G. & G. Große-Dresselhaus // M. Fey / M. Rutsch
Fachärzte für Allgemeinmedizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ Ort: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (Mobil): _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Rauchen Sie? [] ja [] nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Treiben Sie Sport? [] ja [] nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Sind Sie Schwanger? [] ja [] nein Wenn ja, im wievielten Monat? _____ Vorherige Geburten? _____

Operationen / Bestrahlung? [] ja [] nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

Allergien? [] ja [] nein Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Traten bei Eltern oder Geschwistern folgenden Erkrankungen auf?

- | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? [] ja [] nein Wenn ja, welche? [] „Pille“

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:

[] Arzt [] Bekannte [] Telefonbuch [] Zeitungsanzeige [] Internet [] Praxisschild [] Sonstiges

Datum:

Unterschrift: