

Anamnesebogen

Lieber Patient, liebe Patientin,

wir freuen uns, dass Sie den Weg in unsere Praxis gefunden haben. Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir einige Informationen von Ihnen. Diese Informationen erfassen wir in diesem kleinen Anamnesebogen.

Natürlich werden Ihre Angaben **streng vertraulich** behandelt und an niemanden weitergegeben!

Name, Vorname:	_____
Anschrift:	_____
Telefon:	_____
Mobil:	_____
E-Mail:	_____
Geburtsdatum:	_____
Beruf:	_____

Sind folgende Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt? Wenn ja, welche und bei wem?

Herzkrankheit/ Bluthochdruck/ Zuckerkrankheit/ Schlaganfall/ Krebserkrankung/ Sonstige Erkrankung

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, welche?

Lebererkrankung/ Diabetes/ Cholesterin/ Herzinfarkt od. Herzkrankheit/ Schlaganfall/ Schilddrüse/
Rheuma/ Nierenerkrankung/ Magen- oder Darmerkrankung/ Asthma/ Bronchitis/ Hautkrankheiten/
Anfallsleiden/ psychische Erkrankung/ Blutungsneigung/ Tuberkulose/ Infektionserkrankung

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Welche Operationen hatten Sie?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche Dosierung und wie oft am Tag?

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