

Anamnesebogen

Vorname: Nachname: Geb.

Straße: Nr.: PLZ: Ort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Sind Sie gegen etwas allergisch? Ja Nein
 Medikamente Nahrungsmittel Kosmetika Metalle

Gegen welche Stoffe genau?

Welche Operationen wurden bei Ihnen wann durchgeführt?

Welche chronischen Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Schlaganfall Durchblutungsstörungen
 Zucker/Diabetes Tumorerkrankungen Erhöhtes Cholesterin Thrombose
 Lungenerkrankungen (Asthma, COPD) Lebererkrankungen Fettstoffwechselstörung
 Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Augenerkrankungen Sonstige

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Welchen Beruf üben Sie zurzeit aus?

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, Zigaretten täglich – Nichtraucher seit

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein

Grad der Behinderung:

Letzte Tetanus-Impfung:

Sind direkte Blutsverwandte an einer der folgenden Krankheiten auffallend früh erkrankt?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck?	Wer?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Herzkranzgefäße, Herzinfarkt?	Wer?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen?	Wer?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen?	Wer?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schlaganfall?	Wer?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen?	Wer?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit/ Diabetes?	Wer?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen?	Wer?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Blutungsstörungen, Bluterkrankungen?	Wer?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thrombose o. Lungenembolie?	Wer?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit/ Diabetes?	Wer?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Allergien?	Wer?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige? <input type="text"/>	Wer?	<input type="text"/>

Bei welchen Spezialisten sind Sie zurzeit in Behandlung?

Ich bin damit einverstanden, von der Praxis über folgende Wege etwa bei Erinnerungen zu Terminen, Rückfragen, oder allgemeinen Informationen kontaktiert zu werden.

Telefon/SMS E-Mail Postalisch

Ort: Datum: Unterschrift: _____