

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie gut beraten und Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen zu können, benötigen wir einige Informationen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus, er enthält wichtige Fragen, sowohl Ihre Kranken- und Familiengeschichte, als auch Ihr Lebensumfeld betreffend. Die Angaben werden Ihrer Patientenakte beigefügt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und der DSGVO. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon-/Handynummer: _____

E-Mail: _____

Soziale Situation

Beruf: _____

Berentet/Ruhestand:

Schichtdienst: Nein Ja

Pflegegrad/GdB: Nein Ja Grad/%: _____

Patientenverfügung: Nein Ja

Vorsorgevollmacht: Nein Ja

Zugunsten von: _____

Organspendeausweis: Nein Ja

Kontaktperson im Notfall: Name: _____

Telefon: _____

Auskunftsberechtigt: Ja Nein

Medizinische Angaben

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Rauchen: Nein Ja Ca. ___ Zig./Tag

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Gibt es folgende **Vorerkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie** (ggf. mit Erläuterung)?

	Nein	Ja	Familie	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fettstoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Thrombosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenkerkrankungen/Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen der Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neurologische/psychische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten (z.B. HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Regelmäßig eingenommene Medikamente

Name/Wirkstoff	Dosis in mg/g	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

Bitte geben Sie uns zeitnah Bescheid, wenn sich an Ihren Daten etwas ändert.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Datum _____ Unterschrift Patient:in/gesetzliche:r Vertreter:in