

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 beigelegt 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"/>	_____

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