



Anamnesebogen

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	
Telefonnummer:	Handynummer:
Notfallnummer:	Email:

Geschlecht: weiblich männlich

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Bisheriger Haus- bzw. Kinderarzt: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen

Erhöhtem Zucker (Diabetes) <input type="radio"/>	Erhöhten Blutfettwerten <input type="radio"/>
Hohem Blutdruck <input type="radio"/>	Niedrigem Blutdruck <input type="radio"/>
Depression <input type="radio"/>	Schlafstörung <input type="radio"/>
Allergien <input type="radio"/>	Wenn ja, welche:
Operationen? <input type="radio"/>	Wenn ja, woran und wann:

Bei Frauen: Nehmen Sie die Pille? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein wenn ja, wie viele: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen

	Ja	Nein	Wenn ja, welche Art:
Nasen-Nebenhöhlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mandeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lunge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Magen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Leber (z.B. Gelbsucht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Galle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dünn-/Dickdarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Niere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Harnleiter/Blase:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Prostata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Geschlechtsorgane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psyche / Gehirn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Familienanamnese

Erkrankung	Mutter	Vater	Großeltern
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus (Zucker)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen:			

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Ort, Datum

Unterschrift