



Anamnesebogen

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

Geschlecht: weiblich männlich divers _____ keine Angabe

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Beruf: _____

Bisheriger Haus- bzw. Kinderarzt: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen

Diabetes (erhöhter Blutzucker) <input type="radio"/>	Erhöhte Blutfettwerte <input type="radio"/>
Bluthochdruck <input type="radio"/>	Herzerkrankung <input type="radio"/>
Depression <input type="radio"/>	Schlafstörung <input type="radio"/>
Chronische Bronchitis / Asthma <input type="radio"/>	Krebs <input type="radio"/>
Vorangegangene Operationen _____	Allergien _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bei Frauen: Nehmen Sie die Pille? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Sonstige Erkrankungen

	Ja	Nein	Wenn ja, welche Art:
Gehirn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herz	<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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Galle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dünn-/Dickdarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Harnleiter/-blase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psyche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Geschlechtsorgane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hals-Nasen-Ohren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Prostata	<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