



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

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 Trinken Sie regelmäßig Alkohol Ja Nein

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	<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