

Patienten- Anamnesebogen

Datum: _____

Name und Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon Nr.: _____ Notfall Telefon Nr.: _____

wer ist Ihr Hausarzt? _____

Leiden Sie oder sind in der eigenen Familie folgende Erkrankungen bekannt?					
	Ich	Familie		Ich	Familie
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck/Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber/Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfadern/Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfett – oder Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chron. Infekte (z.B. HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressionen/Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Hormone, Pille oder haben Sie eine Spirale? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:			Wie groß und wie schwer sind Sie? Größe: Gewicht: letzte Regelblutung:		
Sind Impfungen erforderlich? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht <input type="checkbox"/> ja, folgende:			Sind Sie an zusätzlichen individuellen Gesundheitsleistungen interessiert? (z.B. Ultraschall, großes Labor o.ä.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Leiden Sie an Medikamentenallergien? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:			Sind bei Ihnen schon Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt worden? <input type="checkbox"/> Krebsvorsorge Frau ab 20 Jahre <input type="checkbox"/> Krebsvorsorge Mann ab 45 Jahre <input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge ab 35 Jahre <input type="checkbox"/> Hautkrebsvorsorge ab 35 Jahre		
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt und wann? 1. 2. Ggf. Rückseite benutzen			Geburten, wann? Ggf. auch Fehlgeburten		
Rauchen Sie täglich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			Trinken Sie regelmäßig Alkohol? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		