

Anamnesebogen

Erhebung Ihrer Krankengeschichte



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur bestmöglichen Behandlung und um einen genauen Überblick über Ihre Krankengeschichte zu bekommen, möchten wir Sie bitten, die folgenden Seiten auszufüllen. Bitte teilen Sie uns zukünftig mit, wenn sich etwas in Ihren Angaben geändert hat. Herzlichen Dank im Voraus.

Name, Vorname

Straße, Wohnort

Telefon

Mobil

Telefon tagsüber

E-Mail

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Beruf / aktuell ausgeübte Tätigkeit

Nikotin (Anzahl Zigaretten pro Tag)

Alkohol (was/ welche Menge)

Kinderkrankheiten

Allergien

Operationen (mit Jahr)

Regelmäßig eingenommen Medikamente

Bei Bedarf eingenommene Medikamente (auch frei verkäufliche)

Erkrankungen in der Familie

Herzinfarkt Schlaganfall Tumorerkrankung
Zuckerkrankheit Hohe Blutfettwerte

Sonstige Erkrankungen in der Familie

:

Vorerkrankungen

Herzinfarkt Schlaganfall Bluthochdruck
Tumorerkrankung Asthma COPD (Raucherlunge)
Hohe Blutfettwerte Gicht Zuckerkrankheit
Gallenkrankheit Leberkrankheit Magenkrankheit
Darmkrankheit Hautkrankheit Nierenerkrankung
Rheuma
Bauchspeicheldrüsenkrankheit Infektionskrankheit/ z.B. HIV
Anfallskrankheit (Epilepsie) Psychische Erkrankung
Herzkatheteruntersuchung wenn ja, welches Jahr _____

Sonstige Vorerkrankungen

Bitte lassen Sie regelmäßig Ihren Impfausweis überprüfen.

Sind Sie damit einverstanden, von uns per Brief, E-Mail, SMS oder Anruf zur Erinnerung an Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen informiert zu werden (derzeit in Planung)? Ja Nein

Wir bedanken uns für die Zeit, die Sie sich beim Ausfüllen genommen haben.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift