

Anamnesebogen

| | |
|---|---------------|
| Name: | Geburtsdatum: |
| | |
| E-Mail: | |
| Versicherung: | |
| Beruf: | |
| Wer soll im Notfall informiert werden? (Name, Adresse, Telefonnummer, Verhältnis) | |

| | |
|---|---|
| Allgemeines: | |
| Körpergröße: _____ | Gewicht: _____ |
| Raucher? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Wenn ja, wie viel am Tag? _____ |
| Alkohol? | täglich <input type="radio"/> ab und zu <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nie <input type="radio"/> |
| Medikamente? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche: _____ _____ | |
| Tragen Sie eine Brille? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | |
| Bitte legen Sie dem Praxispersonal Ihren Impfausweis vor! | |

| | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? | | |
| Masern | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Mumps | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Röteln | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Windpocken | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Scharlach | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

| Hatten Sie Operationen? | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Blinddarm | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Mandeln | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Gallenblase | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Sonstige Operationen: | | |
| <hr/> | | |
| <hr/> | | |

| Vorerkrankungen? | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Bluthochdruck | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Blutzuckerkrankheit | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Herzkrankheit | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Magenerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Tumorerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Nierenerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Hautkrankheit | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Fettstoffwechselstörung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Gicht | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Gelenkerkrankungen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Wirbelsäulenerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Tuberkulose | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| AIDS/HIV | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Leberentzündung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Asthma | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Psychische Erkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Anfallsleiden | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Sonstige Erkrankungen: | | |
| <hr/> | | |
| <hr/> | | |

Haben Sie Allergien?

| | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Penicillin | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Aspirin | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Blütenstaub | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Tierhaare | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Hausstaubmilben | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Nahrungsmittel | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Metalle | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Sonstige Allergien: | | |

Familienvorgeschichte

| | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Bluthochdruck | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Blutzuckerkrankheit | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Fettstoffwechsel | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Herzinfarkt | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Asthma/COPD | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Tumorerkrankungen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Schlaganfall | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Sonstige: | | |

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Datum: _____

Unterschrift: _____