



## Patienten-Anamnesebogen

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

mobil: \_\_\_\_\_

Wer war Ihr bisheriger Hausarzt? (bitte mit Adresse)

\_\_\_\_\_

Welche aktuellen Beschwerden haben Sie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann fand der letzte Check up/ Gesundheitsuntersuchung statt? (gilt nur für Patienten ab 35)

\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Impfausweis?  ja  nein

Bei welchen Ärzten sind Sie noch in Behandlung? (z.B. Magen-Darm-Spezialist, Herzspezialist, Orthopäde, Augenarzt, Neurologe usw.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie

erhöhte Blutfettwerte

Diabetes mellitus

Bluthochdruck

Koronare Herzkrankheit

Asthma

COPD

Allergien, insbesondere Medikamentenallergien: \_\_\_\_\_

Welche anderen Erkrankungen bestehen sonst noch?

keine anderen

folgende Erkrankungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

nein                       ja, und zwar \_\_\_\_ Zigaretten/Tag                       habe aufgehört

Ist bei den Eltern/Geschwistern/Großeltern eine chronische Erkrankung bekannt?  
(z.B. Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen)

nein                       ja, bei \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal operiert?

nein                       ja: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?

nein

ja, folgende:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was sind Ihre Erwartungen an unsere Hausarztpraxis?

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Auf Empfehlung von Freunden/ Bekannten     aus eigenem Antrieb

über das Internet                                       Überweisung vom Facharzt/-ärztin

sonstiges

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift