

# Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis für Allgemeinmedizin. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen ausführlich. Je mehr wir über Sie und Ihre Krankengeschichte erfahren, desto umfassender können wir Sie beraten und behandeln. Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Notfallkontakt/Adresse/Tel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aktuelle Beschwerden: \_\_\_\_\_

Weitere Ärzte: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Patientenverfügung?  ja  nein

Leiden Sie an Herz- und Kreislauferkrankungen?  ja  nein

Sind sie zuckerkrank? Tabletten?  Insulinpflichtig?   ja  nein

Leiden Sie an Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?  ja  nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder ein Organtransplantat?  ja  nein

Leiden Sie an chronischen Magen-Darmerkrankungen?  ja  nein

Haben Sie eine Tumorerkrankung, z.B. Prostata- oder Brustkrebs?  ja  nein

Wurden Sie operiert?  ja  nein

Falls ja, welche Operation: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Allergien  ja  nein

Wenn ja unter welchen? \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen

Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, wieviel täglich? \_\_\_\_\_ Leiden

Sie an Infektionskrankheiten: z.B. HIV, Hepatitis, TB?  ja  nein

Wenn ja, unter welchen \_\_\_\_\_

Sonstige wesentliche Vorerkrankungen  ja  nein

Ihre Körpergröße \_\_\_\_\_ cm, ihr aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg?

*(Wenn Sie sich nicht sicher sind, wir messen und wiegen Sie gern)*

Welche Medikamente und/oder Vitaminpräparate nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

Besteht ein Hausarztvertrag mit Ihrem alten Hausarzt? Dieser muss zuvor bei Ihrer Krankenkasse gekündigt werden. Wir können Sie sonst nicht behandeln.  ja  nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet

Empfehlung

Was vermissen Sie in unserer Praxis?

---

---

Welche Behandlungsmethoden oder Therapieverfahren interessieren Sie besonders?

---

---

Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, rechtzeitig abzusagen. Bei nicht erscheinen berechnen wir ein Ausfallhonorar über 50,- €.

Dürfen wir Sie an fällige Impfungen/Untersuchungen per Mail  oder Telefon  erinnern?

*(Bitte entsprechendes ankreuzen, ein Widerruf ist jederzeit möglich)*

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bechtheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_