

Allgemeiner Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin! Bitte lesen Sie diesen Anamnesebogen gründlich durch und füllen ihn sorgfältig aus. Wir nutzen ihre Angaben, um uns einen ersten Eindruck über ihre medizinische Vorgeschichte zu verschaffen. Die von ihnen getätigten Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Krankenkasse _____

Geschlecht männlich weiblich

Körpergröße _____

Körpergewicht _____

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
COPD	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronisch entzündliche Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Rheuma ja nein
Osteoporose ja nein
Gicht ja nein
HIV-Infektion ja nein
Depression ja nein

Weitere Erkrankungen: _____

Operationen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, seit wann und wie viele Schachteln/Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? ja nein

Wenn ja, wie häufig/viel? _____

Besteht oder bestand bei einem Ihrer Verwandten (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck ja nein

Zuckerkrankheit ja nein

Schlaganfall ja nein

Herzinfarkt ja nein

Tumorerkrankung ja nein

Fettstoffwechselstörung ja nein

Für weibliche Patientinnen:

Sind Sie schwanger? ja nein

Haben Sie Kinder? ja nein

Hat Ihre Menopause bereits eingesetzt? ja nein

Wann war Ihre letzte Check-up-Untersuchung? _____

Wann war Ihre letzte Hautkrebsvorsorgeuntersuchung? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie in den E-Mail-Verteiler aufgenommen werden? _____

Datum

Unterschrift