

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um sie gut beraten zu können, ist die möglichst vollständige Kenntnis über ihre Krankheitsvorgeschichte wichtig. Damit Sie sich in aller Ruhe konzentrieren können, haben wir diesen Fragebogen entworfen. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut wie möglich.

Name: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____ Fax: _____

Beruf, Kinder, Familienstand: _____

	in der eigenen Vorgeschichte	in der Familien-Vorgeschichte
Hochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fettstoffwechselstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt/Herzdurchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall/Gehirndurchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Störungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombose/Embolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaucom (Augendruckerhöhung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankung Wenn ja, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien, Hauterkrankung Wenn ja, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Operationen Wenn ja, welche:		

Sonstige Erkrankungen:

Medikamente – die sie zusätzlich zu den uns bekannten nehmen (auch frei verkäufliche)

Wenn ja, welche:

Rauchen: gelegentlich täglich **Alkohol:** gelegentlich täglich

Gewicht: _____ kg **Größe:** _____ cm **Pflegestufe:** _____ **Grad der Behinderung:** _____

Minderung der Erwerbsfähigkeit: ja nein

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit einer Wiedereinbestellung zu Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und vorgesehenen Kontrolluntersuchungen.

Datum

Unterschrift