



Anamnesebogen Praxis Dr. Schmitt

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Beruf: _____ Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____ Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt? (Bitte ankreuzen)

Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Erkrankungen des Herzens	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Erkrankungen der Blutgefäße (z. B. Krampfadern)	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Thrombose/Embolie	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Migräne	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Hoher Cholesterinspiegel	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Erkrankungen der Leber/Galle	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Erkrankungen der Schilddrüse	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Osteoporose	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
seelische Erkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>			

chronische Infektionskrankheiten Nein Ja

_____ (wenn ja, welche)

Allergien Nein Ja

_____ (wenn ja, welche)

Wurden Sie schon einmal operiert? Nein Ja

_____ (wenn ja, welche Op)

ausgetragene Schwangerschaften	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Anzahl: _____
Fehlgeburten	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Anzahl: _____
Schwangerschaftsabbrüche	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Anzahl: _____

Wann war Ihre letzte Periodenblutung?

am

Rauchen Sie?

Nein Ja

(wenn ja, wieviel)

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nein Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein Ja

(wenn ja, welche)

familiäre Erkrankungen

(z. B. Krebs, vererbte Erkrankungen)

Nein Ja

(wenn ja, welche)

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?

am

Wichtige Informationen

Impfungen:

Um ggf. notwendige Impfungen zu besprechen, bitten wir Sie, Ihren Impfausweis dem Anamnesebogen zur Einsichtnahme beizulegen.

Schweigepflicht:

Auf Grund der Schweigepflicht geben wir ausschließlich Ihnen persönlich Auskunft über Ihre Befunde. Falls Sie es wünschen, benennen Sie bitte eine Ihnen vertraute Person, die ebenfalls über Ihre Befunde Auskunft erhalten darf.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit der oben gemachten Angaben

Heusenstamm,

(Datum)

(Unterschrift)