

## Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um Sie in Zukunft bestmöglich medizinisch versorgen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen.

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_ Tel.nummer: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_  
Pflegerstufe: \_\_\_\_\_ Alter Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Notfallkontakt (Name, Telefonnr: darf im Notfall Auskunft erteilt werden): \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung: ja  nein   
(wenn ja, bitte Kopie mitbringen)

### Ihre Gewohnheiten

	Ja	Nein	
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie viel _____ Seit wann _____
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft _____ Seit wann _____
Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft _____ Welche _____
Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft _____ Welchen _____

### Haben Sie

	Ja	Nein	Welche?
frühere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenk/Wirbelsäulenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### Familienanamnese (Sind folgende Krankheiten in ihrer Familie bekannt?)

	Ja	Nein	Bei welchen Verwandten?
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenk/Knochenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Besitzen Sie einen Impfausweis? Ja  Nein

(Bitte bringen Sie diesen bei ihrem nächsten Besuch mit, wir überprüfen ihren Impfstatus.)

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

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam