

# Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis für Allgemeinmedizin. Um einen ersten Überblick über Ihre Erkrankungen und Vorgeschichte zu gewinnen, bitten wir Sie nachstehende Fragen zu beantworten. Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/mobil: \_\_\_\_\_

Was führt Sie heute zu uns?: \_\_\_\_\_

## Vorerkrankungen:

- |                                   |                          |    |                          |      |
|-----------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Herz/Kreislaufkrankungen:         | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Nierenerkrankungen:               | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Zuckerkrankheit (Diabetes):       | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Bluterkrankung/Gerinnungsstörung: | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Tumorerkrankung:                  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| chronische Magen/Darmerkrankung:  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| psychische Erkrankungen:          | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Infektionen (HIV, Hepatitis, TB)  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

schwere Erkrankungen in der Familie (Eltern/Großeltern): \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_