

Anamnesebogen (Zutreffendes bitte Ankreuzen bzw. Ausfüllen! Fax: 09542-15 61)

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Beruf: _____ Familienstand: ledig verh. gesch. verwitwet

Eigene Kinder: Anzahl: _____ Gesundheitszustand: _____

Stuhlgang: regelmäßig Blut im Stuhl hellrot? dunkelrot?

Wasserlassen: Normal schmerzhaft Farbe: dunkel blutig
In der Nacht: nein ja wie oft: _____

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Medikamente: _____ Lebensmittel: _____ Narkosen: _____

Welche Inhaltsstoffe: _____

Jod Kontrastmittel Pflaster Pollen Welche Pollen: _____

Alle eigenen Medikamente (inkl. Vitamine und andere Nahrungsmittelergänzungsstoffe):

Medikament	Früh	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Abends	Nachts

Wann war die letzte Krebsvorsorge-/Check up - Untersuchung? Noch nie Jahr: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Familie/Bekannte anderem Arzt/Ärztin Internet sonstiges

Eigene Telefonnummer: Privat: _____ beruflich: _____ Mobil: _____

Eigene Internetadresse: _____

Wollen Sie an unserem praxisinternen Erinnerungssystem (Recall/SMS) teilnehmen und an wichtige Termine, wie z.B. Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden? Ja Nein

Datum, Scheßlitz, den _____ Unterschrift: _____

Bitte eigene Befunde, Röntgenbilder, IMPFAUSWEIS und eingenommene Medikamente, soweit vorhanden, zum ersten Praxistermin mitbringen.

Bitte diesen ausgefüllten Bogen mindestens 2 Tage vor Ihrem Praxistermin an der Praxisanmeldung abgeben, faxen oder senden!

Anamnesebogen (Zutreffendes bitte Ankreuzen bzw. Ausfüllen! Fax: 09542-15 61)

Erkrankungen	Eigene Erkrankungen	Seit wann	Vater	Mutter	Bruder	Schwester	Oma	Opa	Onkel	Tante
Zuckerkrankheit Diabetes mell. diätpflichtig: tablettenpflichtig: insulinpflichtig:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall: (Apoplex)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenärztliche Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholkrankheit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier: Schnaps: Wein: Wieviel am Tag?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nikotinkonsum	<input type="checkbox"/>	Wieviel Jahre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zigaretten: Zigarre: Pfeife: Wieviel am Tag?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Krebserkrankung Was?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzungen: _____										

Unfälle:

Was? _____ Wann? _____

Was? _____ Wann? _____

Operationen:

Was? _____ Wann? _____

Was? _____ Wann? _____