

Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient/in, bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor ihrer Konsultation bei uns aus. Sollten Sie Fragen haben, wenden sie sich gern an uns!



Hausarztpraxis
Caroline Boddien

Vorname :
Name :
Geburtsdatum :
Geschlecht :
Straße :
PLZ, Ort :
Tel./mobil :
E-Mail :
Beruf :
Vorheriger Hausarzt :

HIV-Infektion : Ja Nein
PAVK : Ja Nein
Leberentzündung : Ja Nein
Herzkrankheit : Ja Nein
Herzinfarkt : Ja Nein
Schlaganfall : Ja Nein
Thrombose : Ja Nein
Psych. Erkrankung : Ja Nein
Anfallsleiden : Ja Nein
Sonstiges :

Körpergröße : _____ cm
Körpergewicht : _____ kg

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern : Ja Nein
Röteln : Ja Nein
Windpocken : Ja Nein
Mumps : Ja Nein
Scharlach : Ja Nein

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Haben Sie bekannte Vorerkrankungen?

Bluthochdruck : Ja Nein
Blutzuckerkrankheit : Ja Nein
Magenerkrankung : Ja Nein
Tumorerkrankung : Ja Nein
Nierenerkrankung : Ja Nein
Hautkrankheit : Ja Nein
Fettstoffwechselstörung : Ja Nein
Gicht : Ja Nein
Rheuma : Ja Nein
COPD : Ja Nein
Tuberkulose : Ja Nein
Asthma : Ja Nein

Familienvorgeschichte

Diabetes : Ja Nein
Bluthochdruck : Ja Nein
Fettstoffwechsel : Ja Nein
Herzinfarkt : Ja Nein
Schlaganfall : Ja Nein
Asthma : Ja Nein
Thrombose : Ja Nein
Krebs : Ja Nein
Wenn ja, welcher? _____

Sonstiges:

Sind Sie Raucher/in? Ja Nein

Wenn ja, wie viele? _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, wie oft? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

Ort, Datum

Unterschrift