



Facharztteam- Allgemeinmedizin- Heimfeld

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um sie gut beraten zu können, ist die möglichst vollständige Kenntnis über ihre Krankheitsvorgeschichte wichtig. Damit Sie sich in aller Ruhe konzentrieren können, haben wir diesen Fragebogen entworfen. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut wie möglich.

Name: _____

Beruf, Kinder, Familienstand: _____

	in der eigenen Vorgeschichte	in der Familien- Vorgeschichte
Hochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fettstoffwechselstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzdurchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehirndurchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Störungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombose/Embolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaucom (Augendruckerhöhung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche		
Allergien, Hauterkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche		
Operationen		
Wenn ja, welche		
Sonstige Erkrankungen:		

Medikamente – die sie zusätzlich zu den uns bekannten nehmen (auch frei verkäufliche)

Wenn ja, welche _____

Rauchen	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> täglich
Alkohol	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> regelmäßig
Gewicht:	Größe:	
Email Adresse:	Tel:	Fax:
Pflegestufe:	Grad der Behinderung:	Minderung der Erwerbsfähigkeit:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit einer **Wiedereinbestellung** zu Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und vorgesehenen Kontrolluntersuchungen.

Datum _____

Unterschrift _____