



## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

willkommen in Ihrer und unserer Hausarztpraxis am Wiesharder Markt. Um einen besseren Überblick über Ihre Gesundheit zu erhalten, sind folgende Angaben für uns von großer Bedeutung. Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Wissen aus. Sollten Sie Fragen haben, sprechen Sie uns bitte gern an.

### Persönliche Angaben

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Familienstand: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail: ..... Beruf: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

### Versicherung

☐ Gesetzlich Name der Krankenkasse .....

☐ Privat Name der Krankenkasse .....

Name/Anschrift des Versicherten, falls privat familienversichert

.....

**Rauchen Sie?** Wenn ja, wie viel: ..... Nicht mehr seit: .....

**Haben Sie Allergien?** Nein ☐ Ja ☐ , wenn ja, welche? .....

Gegen Medikamente? Nein ☐ Ja ☐ , wenn ja, welche? .....

**Wurden Sie schon einmal operiert?** Nein ☐ Ja ☐ .....

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

.....  
.....  
.....



**Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?**

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
Durchblutungsstörungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
Diabetes mellitus	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
Nierenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
Krebs	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
Rheuma	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	.....

**Familienanamnese**

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

**Aktuelle Beschwerden?**

.....

**Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?**

.....

.....

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin! Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag. Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab.

Datum ..... Unterschrift .....