

Anamnesebogen Hausarzt

Liebe Patientin, lieber Patient,
um sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Wohnort:	
Telefon:	Mobil:	E-Mail:

Allgemeine Anamnese

Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt?

JA	Erkrankung	Bemerkung
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/>	Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt	
<input type="checkbox"/>	Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen)	
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	
<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)	
<input type="checkbox"/>	Zuckererkrankung / Diabetes Mellitus	
<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte)	
<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen (Krebserkrankungen)	
<input type="checkbox"/>	Chronische Infektionskrankheiten	
<input type="checkbox"/>	Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	
<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, COPD)	
<input type="checkbox"/>	Thrombose oder Lungenembolie	
<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star)	
<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)	
<input type="checkbox"/>	Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen	
<input type="checkbox"/>	Operationen / Unfälle	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	
<input type="checkbox"/>	Wurden Sie gegen Tetanus geimpft? Wann:	
<input type="checkbox"/>	Sind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt (z. B. Medikamente, Nahrungsmittel) Wenn ja, welche:	
Größe:		Gewicht:

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

Medikament	morgens	mittags	abends

Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Ihr Praxisteam