

Anamnesebogen für Neupatienten

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____

Adresse: _____ Ortsteil: _____

Geboren am: _____ Geburtsort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Festnetznummer: _____ Handynummer: _____

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

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Herzkranzgefäße	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Herzinfarkt	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Herzerkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Schlaganfall	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Durchblutungsstörungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Diabetes	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Tumorerkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Rheuma	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Lebererkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Nierenerkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Chronische Infektionen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Bluterkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Lungenerkrankungen (COPD, Asthma)	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Augenerkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Krampfleiden/ neurologische Erkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Operationen/ Unfälle	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____
Sonstiges:		_____

Rauchen Sie? Nein Ja

Wenn ja, wie viel: _____

Nicht mehr seit: _____

Weiter auf der Rückseite

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja
Wenn ja, wie viel: _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____
- gegen Medikamente? Nein Ja
wenn ja, welche? _____

Wie groß sind Sie? _____ (cm) Wieviel wiegen Sie? _____ (kg)
Haben Sie in den letzten Monate stark zu- oder abgenommen?
Nein zugenommen abgenommen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Falls vorhanden, bitte bundeseinheitlichen
Medikamentenplan mitbringen)

Wurden bei Ihnen folgende Untersuchung durchgeführt?
Herzkatheter Nein Ja Wenn ja, wann: _____
Darmspiegelung Nein Ja Wenn ja, wann: _____

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	
Herzkranzgefäße	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	
Herzerkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Welche? _____
Schlaganfall	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	
Durchblutungsstörungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	
Diabetes	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	
Tumorerkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Welche? _____
Bluterkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Welche? _____
Thrombose/Lungenembolie	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	

Sozialanamnese

Familienstand: _____ Kinder: _____
Sport (was & wie oft?) _____

Gibt es einen wichtigen Punkt, den Sie mir noch mitteilen möchten?

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfpass mit!

Homburg, den _____

Unterschrift Patient: _____