



Anamnesebogen

Patienten-Nr.

Datum

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen.
Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Name, Vorname

Geb.-Datum

Straße, Haus-Nr, PLZ Wohnort

Telefon

Mobilrufnummer

E-Mail

Bezugsperson, die im Falle einer schweren Erkrankung informiert werden dürfen

Ehefrau/Ehemann Mutter/Vater Tochter/Sohn Schwester/Bruder

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr, PLZ Wohnort

Telefon

Mobilrufnummer

Berufs- und Lebenssituation

Ich bin Schüler/Student Hausfrau/-mann Rentner Berufstätig als

Gibt es besondere Belastungen im täglichen (Berufs-)Leben? Nein

Ja:

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Nein Ja, Prozent

Ich bin ledig verheiratet geschieden/getrennt lebend verwitwet

Haben Sie Kinder? Nein Ja: / ggfs. Geburtsjahr(e):

Rauchen Sie? Nein Ja: (E-)Zigaretten/Tag. Nichtraucher seit:

Trinken Sie Alkohol? Nein regelmäßig gelegentlich

Ich benötige ein Hörgerät eine Sehhilfe

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv? Nein beruflich in Ihrer Freizeit (Sport)

Wenn ja, wie oft in der Woche?: mal/ Std./Min. insgesamt



Anamnesebogen Seite 2/2

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Elter, Geschwister, ...) bekannt?

Herzkrankheit/Herzinfarkt Nein Ja. Beim wem?:

Diabetes Nein Ja. Beim wem?:

Blutzuckerkrankheit Nein Ja. Beim wem?:

Schlaganfall Nein Ja. Beim wem?:

Darmkrebs Nein Ja. Beim wem?:

Brustkrebs Nein Ja. Beim wem?:

Krebs, sonst. Nein Ja. Beim wem?:

Welche Krebsart?:

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Keine!

Diabetes Blutungsneigung Bluthochdruck Cholesterien zu hoch

Magenerkrankungen Nierenerkrankung Darmerkrankung Lebererkrankung

Schilddrüse Tuberkulose Krebs : Welche Art?:

Schwindelanfälle Herzkrankheit Herzinfarkt Schlaganfall Gicht

Rheuma Asthma/chron. Bronchitis Anfallsleiden Psychische Erkrankung

Hautkrankheit Allergien : Welche?:

Welche Operationen hatten Sie? Keine!

Herz-OP Gefäß-OP Krebs-OP Schilddrüsen-OP

Gallenblasen-OP Brust-OP Gebärmutter-OP Mandeln-OP

Blinddarm-OP Bruch-OP

Sonstige Operationen :

Hatten Sie eine Darmspiegelung? Herzkatheter?

Mit meiner Unterschrift bin ich einverstanden, dass krankheitsbezogene Unterlagen an nachbehandelnde Ärzte weitergegeben bzw. angefordert werden dürfen.

Plön, den

Unterschrift