



## 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