



Anamnesebogen

Sehr geehrte/r Patient/in,
bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen durch Ausfüllen der Formularfelder. Die Angaben sind selbstverständlich freiwillig, sie erleichtern jedoch das anschließende Erstgespräch mit dem Arzt und Ihr eigentliches Anliegen kann zügig und gezielt behandelt werden. Schicken Sie bitte den ausgefüllten Bogen per E-Mail oder Post an uns zurück. Vielen Dank für Ihre Kooperation!

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Adresse:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

Telefonnummer:

Handynummer:

E-Mail:

Beruf:

Überweisender/bisher behandelnder Arzt:

Mitbehandelnde Fachärzte (Augenarzt, Chirurg, Orthopäde, Neurologe ...):



Welche Beschwerden haben Sie, Grund des Arztbesuches:

Beschwerdebild:

Sind Allergien bekannt:

Vorerkrankungen, Risikofaktoren (chron. Begleiterkrankungen):

Sind in Ihrer Familie schwerwiegende Erkrankungen bekannt (z.B. Diabetes, Epilepsie,...), wenn ja, welche:

Hatten Sie bereits Operationen? Wenn ja, welche, wann waren diese Eingriffe?



Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja, weswegen? Bitte tragen Sie die Medikamente sowie die Dosierung in die nachfolgende Tabelle ein:

Medikament	Uhrzeit:					
	Dosierung:					
	Dosierung:					
	Dosierung:					
	Dosierung:					
	Dosierung:					
	Dosierung:					

Körpergröße: Gewicht:

Rauchen Sie: Ja Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol: Ja Nein

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja, was und wie oft?

Psychosoziale Anamnese: Angaben zum Familienstand, Kinder, berufliche Tätigkeit, Gesundheitsgefährdung, seelische Befindlichkeit:

Liegen in irgendeiner Form vegetative Beschwerden vor? Schlafstörungen, Nachtschweiß, Bluthochdruck, ständiges Durstgefühl, Appetit, Stuhlgang, Wasserlassen:

Falls sie zu Hause noch Befunde von Vorerkrankungen haben, die von Relevanz sein könnten, bringen sie diese bitte zum nächsten Termin mit! Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen.