PRAXIS: _____

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrem Termin aus. Er hilft uns, Ihre Behandlung gut vorzubereiten. Lassen Sie Fragen frei, die Sie nicht beantworten können.

Stammdaten

Diese Angaben werden zur eindeutigen Zuordnung benötigt.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

TT.MM.JJJJ

Aktuelles Anliegen

Was führt Sie heute zu uns?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

TT.MM.JJJJ

Wie stark sind die Beschwerden (0 = keine, 10 = sehr stark)?

Wurden die Beschwerden bereits untersucht oder behandelt? Wenn ja, wo?

Vorerkrankungen

Bitte kreuzen Sie an, was bei Ihnen bekannt ist.

Bekannte Erkrankungen

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Herzerkrankung
- ☐ Diabetes
- ☐ Asthma oder COPD
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Lebererkrankung
- ☐ Magen-Darm-Erkrankung
- ☐ Blutgerinnungsstörung
- ☐ Neurologische Erkrankung
- ☐ Psychische Erkrankung
- ☐ Krebserkrankung
- ☐ Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV)
- ☐ Keine bekannt

Weitere Erkrankungen oder Ergänzungen

Operationen und Krankenhausaufenthalte (mit Jahr)

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Bitte mit Dosierung, auch Präparate ohne Rezept und Nahrungsergänzungsmittel.

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, dauerhaft
- ☐ Ja, vorübergehend
- ☐ Weiß ich nicht

Allergien und Unverträglichkeiten

Bekannte Allergien

- ☐ Medikamente
- ☐ Pflaster oder Latex

- [ ] Nahrungsmittel
- [ ] Pollen oder Tierhaare
- [ ] Kontrastmittel
- [ ] Keine bekannt

Welche genau, und wie äußert sich die Reaktion?

Erkrankungen in der Familie

Gemeint sind Eltern und Geschwister.

Bei Eltern oder Geschwistern bekannt

- [ ] Herzinfarkt oder Schlaganfall
- [ ] Bluthochdruck
- [ ] Diabetes
- [ ] Krebserkrankung
- [ ] Erbliche Erkrankung
- [ ] Keine bekannt

Lebensweise

Rauchen

- [ ] Nie
- [ ] Früher
- [ ] Ja, gelegentlich
- [ ] Ja, täglich

Alkohol

- [ ] Nie
- [ ] Selten
- [ ] Mehrmals pro Woche
- [ ] Täglich

Größe in cm

Gewicht in kg

Nur für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?

- [ ] Nein
- [ ] Ja
- [ ] Nicht sicher
- [ ] Trifft nicht zu

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich informiere die Praxis, wenn sich etwas ändert. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich Ihrer Behandlung in dieser Praxis.