



ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____ Telefon tagsüber _____

Beruf _____ Geburtsdatum _____

eMail _____

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Treiben Sie regelmäßig Sport? nein ja _____ mal pro Woche

Rauchen Sie? nein ja _____ Zigaretten pro Tag

Alkoholkonsum pro Tag _____

Leiden Sie an Allergien nein ja

- welche _____

Nehmen Sie regelmäßig
Medikamente ein? nein ja

- welche _____

Ist Ihr Impfschutz ausreichend?

Tetanus nein ja Hepatitis nein ja

Diphtherie nein ja Grippe nein ja

Polio nein ja Lungenentzündung nein ja

Keuchhusten nein ja Mumps-Masern-Röteln nein ja



Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) folgende Erkrankungen bekannt?

Herzkrankheit/Herzinfarkt ja bei wem? _____

Diabetes ja bei wem? _____

Schlaganfall ja bei wem? _____

Krebs ja bei wem? _____

Welche Art? _____

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt? keine

Cholesterin zu hoch ja

Epilepsie ja

Diabetes ja

Blutungsneigung ja

Magenerkrankungen ja

Nierenerkrankung ja

Asthma/chron. Bronchitis ja

Schlaganfall ja

Sonstiges: _____

Bluthochdruck ja

Herzkrankheit ja

Schilddrüse ja

Lebererkrankung ja

Darmerkrankungen ja

Rheuma ja

Allergien ja

Krebs ja

Hatten Sie folgende Operationen: keine

Herz-OP ja

Gefäße-OP ja

Krebs-OP ja

Schilddrüse-OP ja

Gallenblase-OP ja

Sonstiges: _____

Brust-OP ja

Gebärmutter-OP ja

Mandel-OP ja

Blinddarm-OP ja

Bruch-OP ja

Liebe Patienten, es interessiert uns, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind:

Empfehlung Telefonbuch Zeitungsannonce Internet Zufällig

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Auf unserer Webseite informieren Sie sich schnell über unser Leistungsangebot, aktuelle Gesundheitsthemen und unser Team.

Besuchen Sie uns unter www.hausaerzte-oberkassel.de.

Ihr Praxisteam