

# Anamnesebogen Patient

Dokument

1.2.1 (1)

Liebe Patientin, lieber Patient,  
für eine gute Betreuung bitten wir den folgenden Fragebogen auszufüllen

Name, Vorname: ..... Geb. Datum: .....

Adresse: .....

Beruf: .....

Telefon: ..... Mobil-Nr: .....

E-Mail: ..... Versicherung (Gesetzlich/ Privat): .....

Größe: ..... Gewicht: ..... Rauchen: Nein  Ja

## Dauermedikamente

Name	Milligramm / Hub / Tropfen	morgens/mittags/abends

## Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit / Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Thrombose / Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Krampfleiden / neurol. Krankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Allergie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges			_____

## Ihre Ärzte

Bisheriger Hausarzt/-ärztin: ..... Orthopädie: .....

Urologie: ..... Kardiologie: .....

Gynäkologie: ..... Sonstiges: .....

## Grund für aktuellen Besuch:

neuer Hausarzt /-ärztin     Überweisung zur Untersuchung / Therapie     Vertretungsfall

aktuelle Beschwerden: .....

Ort, Datum

Unterschrift Patient