



ANAMNESE FRAGEBOGEN

Eingabefelder mit * sind Pflichtfelder

Vorname, Nachname * _____

Geburtsdatum * _____

Körpergröße * _____

Gewicht * _____

Medikamenteneinnahme _____

Medikamentenunverträglichkeit _____

Allergien _____

Rauchen Sie? * Ja Nein

Leiden Sie unter folgenden chronischen Erkrankungen? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Andere Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Magen- Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Arthrose/Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Blutfetterhöhung | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | |



Sonstige Erkrankungen _____

Operationen _____

Erkrankungen in der Familie? (Mehrfachnennungen möglich)

- Diabetes
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebs

Untersuchungen in den letzten zwei Jahren (Mehrfachnennungen möglich)

- Vorsorge/Check
- Röntgen

Andere Untersuchungen _____

Impfungen _____

Fachärztliche Untersuchungen _____

Sonstiges

Bisheriger Hausarzt _____

Grund Ihres Besuchs bei uns * _____

Vielen Dank für Ihre Hilfe. Ihre Hausarztpraxis