ARZTPRAXEN **GÄRTITZ**

Facharzt für Allgemeinmedizin

Anamnesebogen

Name, Vornamen: _____ Geb.Datum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort:_____

Beruf:_____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Bluthochdruck	☐ Nein	☐ Ja
Herzkrankheit	☐ Nein	☐ Ja
Blutzuckerkrankheit	☐ Nein	☐ Ja
Magen-/Darmerkrankung	☐ Nein	☐ Ja
Tumorerkrankung	☐ Nein	☐ Ja
Nierenerkrankung	☐ Nein	☐ Ja
Fettstoffwechselstörung	☐ Nein	☐ Ja
Harnsäurenstoffwechselstörung/Gicht	☐ Nein	☐ Ja
Gelenkerkrankung/Rheuma	☐ Nein	☐ Ja
Hauterkrankung	☐ Nein	☐ Ja
Schilddrüsenerkrankung	☐ Nein	☐ Ja
HIV-Infektion/Aids	☐ Nein	☐ Ja
Leberentzündung	☐ Nein	☐ Ja
Asthma/Chronische Bronchitis	☐ Nein	☐ Ja
Psychische Erkrankung	☐ Nein	☐ Ja
Anfallsleiden/Epilepsie	☐ Nein	☐ Ja

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche und wann?

_____

_____

_____

BITTE WENDEN

ARZTPRAXEN **GÄRTITZ**

Facharzt für Allgemeinmedizin

Leiden Sie an Allergie? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche und wann?

_____

_____

Leiden Sie an Blutgerinnungsstörung?? ☐ Nein ☐ Ja

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja: ☐ täglich ☐ ab und zu

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche?

_____

_____

Körpergröße: _____cm Gewicht:_____kg

Besitzen Sie einen Impfausweis? ☐ Nein ☐ Ja

Gerne können Sie diesem bei Ihrem nächsten Besuch mitbringen. Wir überprüfen Ihren Impfstatus auf Vollständigkeit

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