



## Anamnesebogen

Dieser Fragebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit.  
Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen ihn sorgfältig aus.  
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.  
Sollte Ihnen etwas unverständlich erscheinen, wird Ihnen Ihr Arzt oder unser Team gerne behilflich sein.

**Name, Vorname:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Beruf:** .....

## Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrank	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Rheuma	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Aids	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Leberentzündung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

## Familienvorgeschichte

Bluthochdruck	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Asthma	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Krebs	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

## Vegetative Anamnese

Durst	Normal	<input type="checkbox"/>	vermehrt	<input type="checkbox"/>
Appetit	Normal	<input type="checkbox"/>	vermehrt	<input type="checkbox"/>
Stuhlgang	Normal	<input type="checkbox"/>	vermehrt	<input type="checkbox"/>
Wasserlassen	Normal	<input type="checkbox"/>	vermehrt	<input type="checkbox"/>
Gewicht	Normal	<input type="checkbox"/>	vermehrt	<input type="checkbox"/>
Ich schwitze sehr viel	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**    Nein     Ja

Wenn ja, welche?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Körpergröße** ( in cm): .....

**Körpergewicht** ( in kg): .....

Aktuelle Beschwerden:

.....  
.....  
.....

Ich bin versichert bei:

.....

Mein Hausarzt ist:

.....

Ich bin an Vorsorgeleistungen interessiert:

Nein                       Ja

Vielen Dank, daß Sie sich die Zeit genommen haben.  
Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt.

Ihr Praxisteam