



Anamnesefragebogen

**Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus.
Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.**

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Tel: _____ Handy- Nr.: _____

E- Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber mit Adresse: _____

Nächster Angehöriger: _____

Wie viele Kinder haben Sie? _____ Im Haushalt lebend: _____

Geburtsjahre der Kinder: _____

Besteht zu Zeit eine Schwangerschaft ? _____ Welcher Monat? _____

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienvorgeschichte:

Bluthochdruck

Diabetes

Fettstoffwechselstörung

Herzinfarkt

Asthma

Krebs

Welcher/e Angehörige: _____

Welche Vorerkrankungen haben Sie? (z.B. Diabetes, Herzkrankheiten)

Welche ansteckenden Krankheiten hatten Sie?

Masern

Röteln

Windpocken

Mumps

Scharlach

Keuchhusten

Ringelröteln

Sonstige: _____

Bearbeitungsvermerke:

Mitarbeiterzeichen

Datum

Praxisstempel



Hatten Sie Operationen?

Welche Allergien haben Sie?

Penicillin Nahrungsmittel Pollen Hausstaub

Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (auch die Antibabypille)

Sind Sie Raucher? _____ **Wie viel Zigaretten pro Tag?** _____ **Seit wie viel Jahren?** _____

Trinken Sie Alkohol? nein gelegentlich

ja was? _____

Körpergröße (in cm): _____

Gewicht(in kg): _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

Datum, Ort Unterschrift des Patienten

Bearbeitungsvermerke:

Mitarbeiterzeichen

Datum

Praxisstempel