

Anamnesebogen für Neupatientinnen und Neupatienten

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrem ersten Termin möglichst vollständig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail (optional)	
Krankenkasse	

Aktueller Anlass des Arztbesuchs

Beschwerden / Grund des Besuchs	
---------------------------------	--

Vorerkrankungen

Bestehen chronische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?
Operationen (mit Jahresangabe)	

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja (Name, Dosierung)	

Allergien / Unverträglichkeiten

Bekannte Allergien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?
---------------------	--

Familienanamnese

Erkrankungen in der Familie (z. B. Herzinfarkt, Diabetes, Krebs)	
--	--

Lebensgewohnheiten

Rauchen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Menge/Tag:
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig

Körperliche Aktivität	
-----------------------	--

Weitere Angaben

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstige wichtige Hinweise	

Datum: _____ Unterschrift: _____