

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Erleichterung unserer Dokumentation bitten wir Sie diesen zweiseitigen Fragebogen vollständig, sorgfältig und nach bestem Wissen auszufüllen!

Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon beruflich: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner mit Telefonnummer im Notfall: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anerkannte Schwerbehinderung:  Ja  Nein GdB: \_\_\_\_\_% ggf. Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen:**

1. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Alkoholkonsum:  häufig  selten  nie  Nichtraucher  Raucher Anzahl der Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_

**Operationen und Unfälle:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allergien und Unverträglichkeiten:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Regelmäßige und Medikamente bei Bedarf, sowie deren Dosierung:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

**Informationen, von denen Sie glauben, dass sie für uns wichtig sind:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wer war Ihr vorheriger Hausarzt?** (Sollen wir dort Ihre Befunde anfordern?  ja  nein)

---

---

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

---

Schwaikheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift

Daten in PC-Akte übertragen am:

Kürzel: