

Anamnesebogen

Name
Geburtsdatum
Straße
PLZ
Wohnort
Telefonnummer
Emailadresse
Beruf
Familienstand



Vorerkrankungen:

- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Thrombose Bein/ Lunge
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Verengte Gefäße im Hals/ Bein/ Bauch
- ☐ Diabetes
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Lungenerkrankung (COPD, Asthma)
- ☐ Autoimmunerkrankung (z. B. Rheuma, Chron. entz. Darmerkrankung, Schilddrüse)
- ☐ Krebserkrankung
- ☐ Hauterkrankung

Allergien:

Heuschnupfen	☐	_____
Hausstaub	☐	_____
Tierhaare	☐	_____
Medikamente	☐	_____

Vollmachten:

Haben Sie eine*n gesetzliche*n Betreuer*in? ☐ Ja ☐ nein
Haben Sie eine Patientenverfügung? ☐ Ja ☐ nein
Haben Sie eine Vorsorgevollmacht? ☐ Ja ☐ nein
Wer darf für Sie Rezepte/ Verordnungen/ Überweisungen abholen?
Name: _____ Telefonnummer: _____

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, bitte bringen Sie ihren Medikamentenplan zu ihrem Besuch bei uns mit.

Haben Sie einen Impfausweis? Falls ja, bitte bringen Sie ihren Impfausweis zu uns mit.

Wurde schon mal eine der folgenden Untersuchungen durchgeführt?

- | | | |
|-----------------------|---|-------------------------------|
| 1. Darmspiegelung | ☐ ja, vor _ Jahren | ☐ nein |
| 2. Magenspiegelung | ☐ ja, vor _ Jahren | ☐ nein |
| 3. Hautkrebsscreening | ☐ ja, vor _ Jahren | ☐ nein |
| 4. Check up | ☐ ja, vor _ Jahren | ☐ nein |
| 5. Ultraschall | ☐ ja, vor _ Jahren | ☐ nein |



Sind Sie bei weiteren Fachärzt*innen in Behandlung?

Orthopädie _____

Diabetologie _____

Kardiologie _____

Augenarzt/ -ärztin _____

Sonstige _____

Datum _____

Unterschrift _____