

Allgemeinmedizinischer Anamnesebogen



IHRE HAUT IN SICHEREN HÄNDEN

Herzlich Willkommen!

Liebe Patient:innen,
als neue/n Patient:in heißen wir Sie herzlich willkommen!

Um Sie besser kennenzulernen und wichtige Informationen zu gewinnen, bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit (*) gekennzeichnete Angaben sind freiwillig.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil* _____

E-Mail* _____

Beruf* _____

Krankenkasse _____ Pflegestufe _____

Privatversichert ja nein Beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Gibt es eine Bezugsperson, an die wir uns im Notfall wenden können?

Ehefrau / Ehemann Mutter / Vater Tochter / Sohn Schwester / Bruder _____

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil* _____

Bei welchen Ärzten waren oder sind Sie in Behandlung?

Bitte wenden

Allgemeinmedizinischer Anamnesebogen



Sind bei Ihnen / in Ihrer Familie Vorerkrankungen bekannt?

- HIV-Infektion/AIDS ja nein
- Leberentzündung/Hepatitis ja nein
- Asthma/Chron. Bronchitis ja nein
- Tumorerkrankung ja nein
- Psychische Erkrankung ja nein
- Nierenerkrankung ja nein
- Fettstoffwechselstörung ja nein
- Harnsäurestörung/Gicht ja nein
- Bluthochdruck ja nein
- Gelenkerkrankung/Rheuma ja nein
- Herzkrankheit ja nein
- Hautkrankheit ja nein
- Blutzuckerkrankheit ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Magen-/Darmerkrankung ja nein
- Anfallsleiden/Epilepsie ja nein
- Blutgerinnungsstörungen ja nein
- Osteoporose ja nein
- Grünen oder Grauen Star ja nein
- Allergien ja nein

- Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Wurden bereits Operationen durchgeführt?

ja nein

- Wenn ja, welche & wann? _____

Berufs- und Lebenssituation

- Schüler:in / Student:in ja nein
- Hausfrau / Hausmann ja nein
- Rentner:in ja nein
- Berufstätig, wenn ja als was? ja nein

Gibt es besondere Belastungen in Ihrem täglichen (Berufs-) Leben, wenn ja welche? ja nein

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Körpergröße: _____ cm | Gewicht: _____ kg

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

- Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Impfausweis?

ja nein

*Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit.
Wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.*

Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja nein

- Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein ungewiss

- Wenn ja, in welcher Woche?

Wegen des Mutterschutzes bitten wir Sie um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!

Haben Sie bereits entbunden? ja nein

Nehmen Sie die Antibabypille? ja nein

Monatsblutungen regelmäßig? ja nein

Monatsblutungen stark? ja nein

Datum, Unterschrift