



Anamnesefragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient !

Dieser Anamnesefragebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Nur so können wir eventuell notwendige Behandlungen gezielt und individuell mit Ihnen abstimmen.

Name, Vorname.....**Geburtsdatum**.....

Beruf.....**Größe**.....**Gewicht**.....

E-Mail Adresse.....

Telefonnummer/Handynummer.....

(Einwilligung zur Datenübertragung und Kontaktierung Arztbriefe und Terminerinnerungen durch die Praxis per E-Mail)

Für unsere Patientinnen : sind Sie schwanger ? Ja nein

Wenn ja, in der wievielten Woche ?

Beschwerden und Symptome

Zeigen sich Symptome bei Ihnen? Wenn ja, welche ? Seit wann ?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? Ja Nein

Wenn ja , welche ?

Sind Allergien bekannt (z.B. Heuschnupfen , Asthma, Medikamente) ? Ja Nein

Wenn ja, welche ?.....

Liegt bei Ihnen eine Herz-Kreislaufferkrankung vor ? Ja Nein

(z.B. hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Angina pectoris) Wenn ja, welche ?

.....

Sind Sie Diabetiker/in ? Ja Nein

Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung ? Ja Nein

(z.B. chronisches Gelenk- oder Weichteilrheuma, Morbus Chron o.ä.?)wenn ja, welche ?

.....

Haben Sie eine infektiöse Erkrankung? Ja Nein

(z.B. Hepatitis B,C oder HIV)

Unterziehen Sie sich zur Zeit einer Krebstherapie ? Ja Nein

Rauchen Sie ? Ja Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? Ja Nein

Haben Sie häufig Stress? Ja Nein

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben !

Datum Unterschrift