

Hausarztpraxis  
C. Straßburger  
Erbsenkamp 1  
18059 Papendorf

## Anamnesebogen für Patienten

Bitte bringen Sie zu jedem ersten Kontakt im Quartal Ihre Versicherungskarte mit!

Name:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Im Notfall zu benachrichtigen (Name und  
Telefonnummer:

Schulabschluss:

Familienstand:

Erlerner Beruf:

Größe und Gewicht:

Derzeitige Tätigkeit:

Liebe Patientin, lieber Patient!

Die nachfolgende Erhebung Ihrer Krankengeschichte sowie persönlicher Gewohnheiten ist ausschließlich zum internen Gebrauch bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht. Was Sie nicht beantworten können oder möchten, lassen Sie bitte aus.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Leiden Sie an folgenden Krankheiten?

- |                           |                          |                                   |                          |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Diabetes mellitus         | <input type="checkbox"/> | Erhöhte Harnsäure/Gicht           | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung    | <input type="checkbox"/> | Asthma/chron. Bronchitis          | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung           | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen            | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung          | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall                      | <input type="checkbox"/> |
| Erhöhte Blutfettwerte     | <input type="checkbox"/> | Krampfader/Thrombosen             | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck             | <input type="checkbox"/> | Infektionserkrankungen            |                          |
| Herzbeschwerden           | <input type="checkbox"/> | (wie HIV, Hepatitis, Tuberkulose) | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankung                   | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie                 | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |

Traten Erkrankungen (Herz-/Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen u.a.) in der Familie auf (Eltern, Geschwister), welche?

Hausarztpraxis  
C. Straßburger  
Erbsenkamp 1  
18059 Papendorf  
Rauchen Sie?

Ja  Nein

Wie viele Zigaretten pro Tag?

Konsumieren Sie Alkohol?

Nein

Gelegentlich  Was?

Regelmäßig  Gläser pro Tag:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente(auch Verhütungsmittel) ein? Nein

Welche?

1.

2.

3.

4.

5.

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? Nein

Wenn ja, geben Sie bitte an, welche Medikamente Sie nicht vertragen:

1.

2.

3.

Leiden Sie an Allergien? Nein

Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

1.

2.

3.

Wurden bereits Operationen durchgeführt? Nein

Wann/ Welche?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzverordnung zur Kenntnis  
genommen habe.

-----  
Datum und Unterschrift