

Wir freuen uns, Sie als neuen Patienten unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Damit wir uns schnell und umfassend über Ihre Krankengeschichte informieren können, bitten wir Sie, uns vorab die folgenden Fragen zu beantworten.

Dieser Anamnesebogen wird selbstverständlich wie alle anderen Dinge vertraulich behandelt.

Name:	Telefonnummer:
Adresse:	E-Mail- Adresse:
Wohnort:	Krankenkasse:
Geburtsdatum:	Hausarzt <u>oder</u> vorheriger Hausarzt:

**Aktuelle Beschwerden // Anliegen heute:**

--

**Leiden Sie an einer der folgenden Dauererkrankungen?**

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>

sonstige Erkrankungen:

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

**An welchen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten leiden Sie?**

1.	3.
2.	4.

**Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?**

1.	3.
2.	4.

Größe	cm	Raucher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gewicht	kg	Beruf		

Sind Sie an zusätzlichen Leistungen zur Vorsorge & zum Erhalt Ihrer Gesundheit interessiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dürfen wir Sie per E-Mail oder telefonisch an Untersuchungstermine erinnern, wie z.B. zur Gesundheitsuntersuchung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten