



Anamnesebogen

PATIENTEN

Name

Beruf

Vorname

Arbeitgeber

Titel / Namenszusatz

Telefon privat

Geburtsdatum

Telefon dienstlich

Straße

Telefon mobil

PLZ / Ort

E-Mail

KRANKENVERSICHERUNG

☐ **Privatpatient**

☐ **Kassenpatient/** Gesetzliche Krankenkasse

Name der Krankenkasse:

Name der Krankenkasse:

[]

[]

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

☐ persönliche Empfehlung durch andere Patienten

☐ Gelbe Seiten

☐ Praxis gesehen und Interesse bekommen

☐ Telefonbuch

☐ Empfehlung durch andere Ärzte

☐ sonst:

☐ Internet: www.arztpraxis-chengwa.de

INFORMATIONEN- UND ERINNERUNGSSERVICE

Wir führen in unser Praxis ein **ERINNERUNGSSYSTEM** für die wichtigen Termine, wie **VORSORGEUNTERSUCHUNG** **IMPFUNGEN** und **GESUNDHEITS-CHECK-UP** durch. Ihre Gesundheit ist uns wichtig.

Bitte erlauben Sie uns, hierfür mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

☐ Ja gerne

☐ Nein, bitte nicht

bitte wenden 

Anamnesebogen

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Allergien ☐ Keine ☐ Medikamente, wenn ja welche (z.B. Penicillin?):

☐ Röntgenkontrastmittel (Jod) ☐ sonstige:

Schwangerschaft ☐ Nein ☐ Ja , Termin: Stillen Sie? ☐ Nein ☐ Ja

Bisherige Krankheiten

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie (Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Colonkarzinom (Darmkrebs) | <input type="checkbox"/> Anderer Krebs / Tumorleiden: | <input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale / COPD (Chron. Bronchitis) |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmkrankheit | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung (z.B. Schuppenflechte) |
| | <input type="checkbox"/> sonst: | |

Dauermedikamente ☐ Keine

Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht	
.
.
.
.
.
.

Familienanamnese (welche Krankheiten sind bei Ihrer Familie aufgetreten?)

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | bei wem? | |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/KHK | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | bei wem? |
| <input type="checkbox"/> Colonkarzinom (Darmkrebs) | bei wem? | |
| <input type="checkbox"/> Anderer Krebs / Tumorleiden: | bei wem? | |
| <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie (Bluthochdruck) | bei wem? | |
| <input type="checkbox"/> sonst: | bei wem? | |

Verraten Sie uns bitte Ihre Größe und Gewicht: (wichtig für die Dosierung von Medikamenten)

Größe (cm) =

Gewicht (Kg) =

Rauchen Sie: ☐ Ja ☐ Nein

IHRE ÄRZTE

Bisheriger Hausarzt:

GRUND FÜR AKTUELLEN BESUCH

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich suche neuen Hausarzt / Hausärztin | <input type="checkbox"/> Ich komme auf Überweisung zur Untersuchung / Therapie |
| <input type="checkbox"/> Vertretungsfall (mein Hausarzt ist nicht erreichbar) | <input type="checkbox"/> sonst: |

Datum + Patientenunterschrift

Vielen Dank