



Anamnesebogen

PATIENTEN

Name	Beruf
Vorname	Arbeitgeber
Titel / Namenszusatz	Telefon privat
Geburtsdatum	Telefon dienstlich
Straße	Telefon mobil
PLZ / Ort	E-Mail

KRANKENVERSICHERUNG

Privatpatient

Name der Krankenkasse:

[]

Kassenpatient/ Gesetzliche Krankenkasse

Name der Krankenkasse:

[]

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung durch andere Patienten | <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten |
| <input type="checkbox"/> Praxis gesehen und Interesse bekommen | <input type="checkbox"/> Telefonbuch |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung durch andere Ärzte | <input type="checkbox"/> sonst: |
| <input type="checkbox"/> Internet: www.arztpraxis-chengwa.de | |

INFORMATIONSD- UND ERINNERUNGSSERVICE

Wir führen in unserer 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?)

- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) bei wem?
- Herzinfarkt/KHK Schlaganfall bei wem?
- Colonkarzinom (Darmkrebs) bei wem?
- Anderer Krebs / Tumorleiden: bei wem?
- Art. Hypertonie (Bluthochdruck) bei wem?
- 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