

Anamnesebogen für Patienten

Dr. med. Sven Heidenreich
Facharzt für Allgemeinmedizin



Sehr geehrte/r Patient/in,
als Ihr neuer / zukünftiger Arzt möchte ich Sie möglichst optimal behandeln. Hierfür ist es notwendig, dass ich Sie und Ihre medizinische Vorgeschichte so gut wie möglich kenne. Deshalb möchte ich Sie bitten, mir ausführlich Auskünfte über Ihre bisherige Krankengeschichte zu geben.

Bitte geben Sie auch diejenigen Dinge an, die Sie ggf. für nicht relevant halten – auch noch so unscheinbare Informationen können für Ihre künftige Behandlung wichtig werden (z.B. Wechselwirkung von Medikamenten, Auswirkungen früherer Krankheiten / Operationen). Sollten Sie gewisse Informationen hier nicht „Schwarz auf Weiß“ angeben wollen, so sagen Sie sie mir bitte trotzdem im persönlichen Erstgespräch!

Herr / Frau geb. am: in:

Geborene(r): Beruf:

I. Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Kinder)

(Allergie, Asthma, Herz-Kreislauf~, Hautkrankheiten, Diabetes, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Anfallsleiden, Krebs)

.....
.....

II. Eigene Krankheitsvorgeschichte

Ja / Nein

Atemwegserkrankungen: /

Hauterkrankungen: /

Augenerkrankungen: /

Ohrenerkrankungen: /

Magen-Darm-Erkrankungen: /

Blasen-Nieren-Krankheiten: /

Wirbelsäulenerkrankungen: /

andere Knochen-Gelenk-Erkrankungen: /

Zuckerkrankheit: /

andere Stoffwechselerkrankung: /

Bluthochdruck: /

andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen: /

Nervenleiden, Anfallsleiden: /

Erkrankungen der Psyche: /

Infektionskrankheiten: /

andere Krankheiten / Behinderungen: /

Operationen / Unfälle: /

welche ? wann ?

noch Beschwerden ?

Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit
oder wiederholt behandelt ?

/
Ja / Nein b.w.
 /

falls Ja, von wem:

Haben Sie Rente beantragt ? O / O

Sind Sie schwerbehindert ? GdB: % O / O

Stehen Sie derzeit in Behandlung? O / O

Bei wem? Grund?

Derzeitige Medikamenteneinnahme (auch frei Verkäufliche / Naturheilmittel / nicht verschriebene Mittel / Vitamine / ...!)?

falls Ja, welche:

Allergien / Unverträglichkeiten? O / O

Wichtig: Wie haben sich diese geäußert?

Nikotinkonsum? Zigaretten/Tag; seit Jahren O / O

Alkoholkonsum? Menge: O / O

Suchtkrankheit ? welche Droge: O / O

Gewicht: kg

Größe : cm

Zuletzt noch eine Frage:

Wir planen später einmal einen besonderen Service an: Wir wollen Sie an fällige Impfungen, Untersuchungen oder Kontrollen erinnern (persönliche Termine – keine ungezielte Werbung!). Derzeit technisch noch nicht möglich, aber wir hoffen, bald...

Ich wünsche eine Erinnerung

Wenn Ja, dann bitte per (eine Auswahl)

Ja / Nein

e-Mail:

Fax:

bitte e-Mail-Adresse, Faxnummer oder (abweichende) Adresse angeben

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem

Wissen und Gewissen gemacht.

.....
Datum,

.....
Unterschrift