

Patienten Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie sollen sich bei uns gut versorgt fühlen. Hierfür benötigen wir Ihre Krankengeschichte. Damit ersparen Sie sich und uns wertvolle Zeit und ermöglichen uns, Ihnen eine optimale Behandlungszeit zu bieten.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Wohnort: _____

Strasse & Haus-Nr.: _____

Beruf: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Versichertenstatus: Mitglied freiwilliges Mitglied Familienmitglied Rentner

Privatversicherung:Name: _____ Rechnung an: _____

Mit welcher Beschwerde kommen Sie heute? _____

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette (Cholesterin) | <input type="checkbox"/> Grauer Star / Grüner Star |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäure (Gicht) | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Berufserkrankung |

Hatten Sie schon Operationen? Wann? _____

Welche? _____

Haben Sie Allergien? Wenn ja, bitte auflisten: _____

JA NEIN

Allergiepaß vorhanden? JA NEIN _____

Wir bedanken uns recht herzlich bei Ihnen für Ihre Angaben!

Ihr Praxisteam