

Anamnesefragebogen
"Neuer Patient"

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
Krankenkasse: _____
Beruf: _____

Name vom ehemaligen Hausarzt: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

Haben Sie dort ein Hausarztvertrag (Krankenkasse) unterschrieben? Ja Nein

Dürfen wir Sie an die Gesundheitsuntersuchung (Check up) oder ähnliche Untersuchungen erinnern (Recall-System)? Ja Nein

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus		Bluthochdruck	
Schilddrüsenerkrankung		Angina Pectoris	
Lebererkrankung		Sonstige Herzerkrankungen	
Nierenerkrankung		Durchblutungsstörungen	
Erhöhte Blutfettwerte		Krampfadern	
Erhöhte Harnsäurewerte		Krebserkrankung	
Sonstige Erkrankungen:			

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		Wenn Ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:
Ja <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Nein	1. _____
		2. _____
		3. _____
		4. _____
		5. _____

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie Ihre Unverträglichkeiten bitte auf:
Ja <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Nein	1.
		2.
		3.

Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:
Ja <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Nein	1.
		2.
		3.

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? Wann?	
1.	
2.	
3.	

Aktuelle Beschwerden:

Besonderheiten:

Bleckede, den _____

Unterschrift Patient: _____