

ALLGEMEINMEDIZINISCHER ANAMNESEBOGEN

Name
Familienstand
Größe

Vorname
Kinder
Gewicht

Geburtsdatum
Telefonnummer
Beruf
E-Mail

Allergien ja nein
Welche?

Vorerkrankungen: keine
seit:
 Bluthochdruck seit:
 Herzinfarkt seit:
 Schlaganfall seit:
 Diabetes seit:
 Tumorerkrankungen seit:
Welche?

Sonstige seit:
Operationen: ja nein
Welche?

Vorherige Untersuchungen: keine
 Herzkatheteruntersuchung zuletzt am :
 Darmspiegelung zuletzt am :
 Magenspiegelung zuletzt am :

Mitbehandelnde Ärzte: (bitte Name und Fachrichtung eintragen)

Medikamenteneinnahme: keine
Welche?
 gelegentlich
 regelmäßig Medikationsplan liegt vor (bitte beifügen)

Medikamentenunverträglichkeiten: keine
Welche? ja

Erkrankungen von Familienmitgliedern: (Eltern/Geschwister/Großeltern)

keine nicht bekannt
 Bluthochdruck Diabetes Schlaganfall
 neurologische Erkrankungen Herzinfarkt Tumorerkrankung
 psychologische Erkrankungen Sonstiges

Sportliche Aktivitäten: ja nein
Welche?

Rauchen: nein ja Zig./Tag
Alkoholkonsum: nie gelegentlich regelmäßig

Impfpass vorhanden: ja (bitte beifügen) nein

Hausarztprogramm gewünscht: ja nein

Datum / Unterschrift

