

Patientenname:*

ANAMNESE - BOGEN

(FRAGEN ZUR KRANKENGESCHICHTE)

Sehr geehrter Patient,

um Ihre Untersuchung und Behandlung optimal durchführen zu können, ist es für uns wichtig, Ihre Krankengeschichte, vorbestehende Krankheiten, Allergien, einzunehmende Medikamente oder durchgeführte Operationen zu kennen. Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Sie können das ausgefüllte Formular wahlweise elektronisch an uns versenden (siehe unten: ‚Absenden‘ klicken) oder selbst ausdrucken und zum Arzttermin mitbringen.

ja	nein	ich weiß nicht	Herzerkrankungen (z.B. KHK, Klappenfehler, Rhythmusstörungen o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Kreislaufkrankungen (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, Pneumonie, Tuberkulose o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Fettleber o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Magen-Darmerkrankungen (z.B. Magengeschwür o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Nierenerkrankungen (z.B. Nierensteine, Nierenentzündungen o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Stoffwechselerkrankungen (z.B. Blutzucker, Gicht, Fettstoffw. o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Hormonerkrankung (z.B. Schilddrüsenfehlfunktion o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Bluterkrankungen (z.B. Anämie, Leukämie o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Blutgerinnungsstörung (z.B. Neigung zu Blutergüssen o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Skeletterkrankungen (z.B. Arthrose, Osteoporose, Frakturen o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Nervensystemerkrankungen (z.B. Migräne, Parkinson, Epilepsie o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Gemütsleiden (z.B. Depressionen, Psychosen o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Hauterkrankungen (z.B. Neurodermitis, Psoriasis, Ekzeme o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	Herpes
ja	nein	ich weiß nicht	Infektionserkrankungen (z.B. insbesondere aktuell oder chronisch) wenn ja, welche:
ja	nein	ich weiß nicht	Tumorerkrankungen (bösartige):
ja	nein	ich weiß nicht	Allergien (z.B. Heuschnupfen, Medikamentenallergien z.B. Penicillin o.a.) wenn ja, welche:
ja	nein		Nikotinkonsum , wenn ja, wieviel Zigaretten tgl. Stückzahl:

Welche **Medikamente** nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig ein?

Welchen **Operationen** haben Sie sich wann unterzogen?

OP/Jahr:

OP/Jahr:

OP/Jahr:

OP/Jahr:

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt bzw. Kinderarzt? (ggf. mit Anschrift)

Welchen Beruf üben Sie aus und wer ist Ihr Arbeitgeber?

Krankenversicherung:*

Für gesetzlich versicherte Patienten:

Haben Sie eine Private Zusatzversicherung, ggf. welche?* ja nein

In eigener Sache mit der Bitte um Beantwortung:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

durch meinen überweisenden Arzt
durch eine Empfehlung von Familienangehörigen, Kollegen, Freunden:

durch das Telefonbuch
durch die Gelben Seiten
durch unsere Homepage
Internetsuche, ggf. welches Portal:
sonstiges:

Frankfurt am Main, den *

Optional: Digitale Unterschrift Patient/in , Sorgeberechtigter:

Tag Monat Jahr

und/oder