

Anamnesebogen

Name	Vorname	Geburtsdatum	Größe/Gewicht	
Straße	Postleitzahl	Ort	Telefon	
Beruf/aktuelle Tätigkeit	E-Mail	Erwerbsfähigkeitsminderung	Familienstand	
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf ein?				
Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht
Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten?				
Datum und Unterschrift des Patienten				

Bitte wenden!

Seite 1

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein
1. Grüner Star		
2. Nasennebenhöhlenentzündungen		
3. Schilddrüsenkrankheiten		
4. Asthma, Heuschnupfen		
5. Hoher Blutdruck		
6. Schlaganfall, Lähmungen		
7. Herzinfarkt		
8. Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden		
9. Krampfadern, Thrombose, offene Beine		
10. Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür		
11. Überempfindlichkeit (Allergie)		
12. Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)		
13. Nervöse Beschwerden / Nervenzusammenbruch		
14. Epilepsie (Krampfanfälle)		
15. Diabetes mellitus		
16. Krankheiten der Gelenke und Wirbelsäule		
17. Unfälle		
18. Krankenhausaufenthalte in den letzten 3 Jahren. Weshalb? Wo?		
19. Krankheiten in der Familie?		
	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten 10 Jahren eine Tetanusimpfung?		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?		
Rauchen Sie?		
Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?		
Ich erlaube der Praxis, mich telefonisch oder postalisch zu informieren.		