

ANAMNESEBOGEN



Ihre Hausarztpraxis
**GROSS
BURGWEDEL**

Name:

Vorname:

Straße:

Geburtsdatum:

Wohnort:

Gewicht:

Telefon-Nr.:

Größe:

E-Mail-Adresse:

Familienstand:

Beruf:

Zahl der Kinder:

Nächste Angehörige,
im Notfall zu benachrichtigen:

Letzter (bzw. aktueller) Hausarzt:

Aktuelle Beschwerden/
Grund des Besuches:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus/ Zuckerkrankheit Ja Nein

Hypertonie/ Bluthochdruck Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Koronare Herzerkrankung/ Angina pectoris Ja Nein

Sonstige Herzerkrankung Ja Nein

Lungenerkrankung/ chronische Bronchitis/ Asthma Ja Nein

Nierenerkrankung Ja Nein

Erhöhte Blutfettwerte Ja Nein

Krampfadern Ja Nein

Erhöhte Harnsäurewerte/ Gicht Ja Nein

Krebserkrankung Ja Nein

neurologische Störung/ Epilepsie Ja Nein

Sonstige Erkrankung

Waren oder sind Sie Raucher/-in? Ja Nein



Sind Unverträglichkeiten / Allergien bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wurden Operationen durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

.....
.....
.....

Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, schreiben Sie diese bitte hier auf!
(Wenn vorhanden, können Sie uns auch einen aktuellen Medikationsplan beilegen)

Medikament	morgens	mittags	nachmittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Wenn Sie noch Fragen haben, stehen wir gerne zur Verfügung.

Unterschrift x Großburgwedel, den

