

Pat-Name: _____ geb: _____

E-Mail-Adresse: ?? Falls ja, bitte separates Formblatt ausfüllen!

Tel. privat: 040/_____ geschäftl.: _____ Fax: _____

SA: Beruf: _____ /arbeitslos ___ / Rentner(in) seit _____

Fam.Stand: ledig___ / vh___ / verwitw.___/geschieden seit _____ / ___ Kinder

Anamnesebogen für neue Patienten/innen

Diese Angaben sollen uns die Erhebung der Anamnese erleichtern; können oder möchten Sie zu einzelnen Punkten nicht antworten, lassen Sie die Antwort offen. Benutzen Sie ggf. auch die Rückseite. Bei Fragen hilft das Praxisteam. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht!

Wichtige Vorerkrankungen in Stichworten mit Jahresangabe und ggf. Name des Krankenhauses:

Aktuelle Beschwerden in Stichworten:

Familienanamnese:

Wichtige Erkrankungen der Eltern/Geschw.: zB. Krebs/Steinleiden/Herz-Kreislaferkrankungen/Diabetes etc:

Bitte Ankreuzen/Ausfüllen:

Gewicht: _____ kg; Größe: _____ cm; Rauchen ja ___ (Anz./Tag)/nein ___ Alkohol: _____ Kaffee: _____
(Tassen/Tag)

Gewicht: konstant ___ / Zunahme___ / Abnahme ___ ggf. wieviel ___ kg

Bisheriger Hausarzt: Dr. _____ Adresse (falls bek.):

Dürfen Vorbefunde dort angefordert werden? Ja___ /Nein ___

Körperfunktionen:

Appetit: gut:___ schlecht___ Schlaf: gut___ /schlecht:___ /mäßig ___

Verdauung: normal ___ Verstopfung___ Durchfälle___

Wasserlassen: normal___; Inkontinenz___; Brennen ___; Nächtl. Wasserlassen: _____ -mal.

Potenzstörungen ja___ / nein ___ Frauen: Pilleneinnahme ja___ /nein ___

Letzte Regelblutung: _____ Menarche _____ ggf. Menopause seit:_____

Haben Sie Allergien - Heuschnupfen - Asthma ? Nein ___/ Ja ___ gegen:

Welche Medikamente nehmen Sie bisher ein??

Name(n)/Dosis: (Falls Verordnungsplan vorhanden nichts eintragen)

Sind Sie in Mitbehandlung bei anderen Fachärzten/i _____ nnen?

Namen/Fachrichtung/wegen

Möchten Sie schriftliche kostenlose Erinnerungen an wichtige Kontrolluntersuchungen?

Ja___ /Nein___

Möchten Sie kostenlos an Impf-und Vorsorgetermine erinnert werden ? Ja___/Nein___

Letzte Gesundheitsuntersuchung war _____

Letzte Krebsvorsorge (Männer) war _____

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden: (Name/Tel):_____

Hamburg, den _____ Unterschrift Patient(in)