

Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____
Geb.-Datum: _____ Tel. Nr.: _____
Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____
E-Mail: _____ Beruf: _____
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Hausarzt: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen oder traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen / Infektionen auf?

<i>Bluthochdruck</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>niedriger Blutdruck</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Lebererkrankungen</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Thrombose</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Nierenerkrankungen</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Krampfadern / Krampfanfall</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Osteoporose</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Depressionen</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Epilepsie</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Knie - / Hüftarthrose</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Schlaganfall</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Diabetes mellitus Typ I</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Diabetes mellitus Typ II</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Schilddrüsenerkrankungen</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Asthma / COPD</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Gerinnungsstörungen</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Lungenembolie</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Durchblutungsstörungen</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Gicht</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>neurolog. Erkrankungen (z. Bsp. MS, Parkinson)</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Infektionen (z. Bsp. HIV, Hepatitis, Gürtelrose)</i>	Ja	☐	Nein	☐
<i>Herzerkrankungen</i>	Ja	☐	Nein	☐

Rauchen Sie? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wie viele am Tag: _____

Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten?

Wenn ja, gegen was? _____

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein?

Falls ja, welche? _____

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja ☐ Nein ☐

Aktueller Grund Ihres Besuchs: _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter

Gemeinschaftspraxis

Prof. (Hochschule Fresenius)

Dr. med. Alexander Hallwachs

Internist und Nephrologe

Dr. med. Petra Roßmüller-Meister

Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin