

Anamnesebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient,

wir bitten Sie diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen, damit Ihr Arzt ein genaues Bild Ihrer Krankengeschichte erhält.

Ihre Antworten unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Wegen welchen Beschwerden kommen Sie heute in die Praxis?

Name: _____ Vorname: _____ Tel.Nr. _____

Alter: _____ Beruf: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Krankenkasse: _____

Leiden Sie an:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> erhöhtem Zucker | <input type="checkbox"/> Wurden Sie schon operiert? |
| <input type="checkbox"/> hohem Blutdruck | Wenn ja, woran: |
| <input type="checkbox"/> niedrigem Blutdruck | _____ |
| <input type="checkbox"/> erhöhten Blutfettwerten | _____ |
| <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfen
wie oft _____ pro Woche | <input type="checkbox"/> Letzte Röntgenuntersuchung: |
| <input type="checkbox"/> sonstigen Krankheiten: | wann/woran: _____ |
| | <input type="checkbox"/> nehmen Sie die Pille? _____ |
| | wenn ja Welche: _____ |
| | <input type="checkbox"/> sind Sie schwanger? _____ |
| | <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? : _____ |
| | Wenn ja wie viel pro Tag: _____ |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

BubeckPraxen

Die Hausärzte

Leiden Sie an Allergien? _____ Wenn ja Welche: _____

Gewicht: _____ Größe : _____

Waren Sie schon erkrankt an :

	Ja	Nein	Wenn ja welche:
Nasen-Nebenhöhlen			
Mandeln			
Schilddrüse			
Lunge			
Magen			
Leber (z.B. Gelbsucht)			
Galle			
Dünn-/Dickdarm			
Niere			
Harnleiter/Blase			
Prostata			
Geschlechtsorgane			
Herz			
Wirbelsäule/Gelenke			
Gicht			
Sonstige Krankheiten:			

Familienkrankheiten:

	Mutter	Vater	Großeltern
Herzinfarkt			
Zucker			
Schlaganfall			
Schilddrüse			
Bluthochdruck			
Sonstiges:			

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Ihr Team der BubeckPraxen