

Anamnesebogen für Neupatienten

Name, Vorname:.....

Straße, PLZ, Ort:.....

Geburtsdatum:.....

Beruf:

Telefon:..... Handy:.....

E-Mail:.....

Vorheriger Hausarzt:.....

Grad der Behinderung:..... Pflegegrad:.....

Wann war der letzte Check-up?.....

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck Nein Ja

Thrombose Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Herzinfarkt Nein Ja

Lebererkrankung Nein Ja

Nierenerkrankung Nein Ja

Diabetes Nein Ja

Asthma COPD Nein Ja

Psychische Erkrankungen Nein Ja

Schilddrüsenerkrankung Nein Ja

Krampfanfälle Nein Ja

Blutsneigungen Nein Ja

Krebserkrankungen Nein Ja

Hepatitis Nein Ja

HIV Nein Ja

Sonstiges Nein Ja

Wie groß sind Sie:.....cm **Wieviel wiegen Sie:**.....kg

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: nicht mehr seit:.....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel:

Treiben Sie Sport? Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche:

Schwangerschaft? Nein Ja Monat: ... Vorherige Geburten:...

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?.....

- Andere Allergien:.....

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja

Thrombose Nein Ja

Herzinfarkt Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Krebserkrankungen Nein Ja

Diabetes Nein Ja

Allergien Nein Ja

Asthma / COPD Nein Ja

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....
.....

.....
Datum, Unterschrift