

ANAMNESEBOGEN

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

Größe Gewicht

PLZ, Ort

Männlich Weiblich Divers

Telefon (Privat)

Ich komme wegen folgender
Beschwerden / Beratungswunsch

Telefon (mobil)

E-Mail

Beruf

Krankenversicherung

Bei mir sind folgende chronische Systemerkrankungen bekannt:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Herzkreislauf | <input type="radio"/> Nervensystem/Psych |
| <input type="radio"/> Atemwege | <input type="radio"/> Diabetes mellitus |
| <input type="radio"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="radio"/> Bluthochdruck |
| <input type="radio"/> Leber/Galle | <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="radio"/> Niere/Harnwege | <input type="radio"/> Asthma bronchiale |
| <input type="radio"/> Immunsystem | <input type="radio"/> Allergie |
| <input type="radio"/> Bewegungsapparat | <input type="radio"/> Epilepsie |
| <input type="radio"/> Haut | <input type="radio"/> Sonstige, bitte eintragen: |

Welche Systemerkrankungen bestehen bzw. bestanden in der Familie?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Herzkreislauf | <input type="radio"/> Nervensystem/Psych |
| <input type="radio"/> Atemwege | <input type="radio"/> Diabetes mellitus |
| <input type="radio"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="radio"/> Bluthochdruck |
| <input type="radio"/> Leber/Galle | <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="radio"/> Niere/Harnwege | <input type="radio"/> Asthma bronchiale |
| <input type="radio"/> Immunsystem | <input type="radio"/> Allergie |
| <input type="radio"/> Bewegungsapparat | <input type="radio"/> Epilepsie |
| <input type="radio"/> Haut | <input type="radio"/> Sonstige, bitte eintragen: |



ANAMNESEBOGEN

Fortsetzung

Sind Allergien bekannt?

Ja Nein

Wenn Ja, gegen welche Substanzen?

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament (z.B. Ibuprofen)

Stärke (z.B. 100 mg)

Einnahme (z.B. 1-0-1)

Medikament (z.B. Ibuprofen)	Stärke (z.B. 100 mg)	Einnahme (z.B. 1-0-1)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dürfen wir Sie für Termine, Befunde und Rückfragen kontaktieren?

Ja Nein

Möchten Sie aktuelle Informationen zum Praxisablauf per E-Mail erhalten?

Ja Nein

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihre E-Mail bei Doctolib (unserem Terminbuchungssystem) hinterlegen?

Sie werden dann automatisch per E-Mail über Ihre Termine und Terminänderungen informiert.

Ja Nein

Datum, Unterschrift