

**Anamnesebogen
Dr. Christina Kunze**



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Ordination. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient
Name Vorname geb.

Anschrift
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) E-Mail

Mobil Beruf

Derzeitige Beschwerden: _____

Rauchen Sie? ja / nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein Wenn ja, im wievielten Monat? _____ Vorherige Geburten? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja / nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Operationen / Bestrahlung? ja / nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Größe: _____ **cm** **Gewicht :** _____ **kg**

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkr. | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgenden Erkrankungen auf?

- | | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Migräne |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Verhütungsmittel (z.B. Pille)

Welche? _____

Nehmen Sie etwas zur Blutverdünnung: ja /nein seit wann ?

Kontakt zu unserer Ordination / Empfehlung durch: _____

- Arzt Bekannte(r) Telefonbuch Internet Praxisschild Sonstiges

.....
Datum Unterschrift