

**Allgemeinärztin Dr. Simone Roth**  
**ANAMNESEBOGEN**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte füllen Sie den Anamnesebogen soweit aus, wie Sie können oder möchten, den Rest besprechen wir bei unserem Erstgespräch! Danke!

**Patient**

Name ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

**Anschrift**

Straße ..... Haus-Nr. .... PLZ ..... Wohnort .....

**2. Anschrift?**

Straße ..... Haus-Nr. .... PLZ ..... Wohnort .....

**Tel. (Privat)**

..... **E-Mail** .....

**Tel. (Mobil)**

..... **Beruf/Arbeitgeber:** .....

**Ernährungsweise?**  Mischkost  Vegetarier  Veganer

**Rauchen Sie?**  ja /  nein Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_

**Allergien?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Operationen?**  ja /  nein Wenn ja, welche (wenn möglich mit Jahreszahl)? \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?**  ja /  nein

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung / Hepatitis | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus      |
| <input type="checkbox"/> KH K          | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung            | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle               | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD          |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten           | <input type="checkbox"/> Glaukom                |
| <input type="checkbox"/> Thrombose     | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen: _____    | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____       |

**Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?**  ja /  nein

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Allergie           | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Schlaganfall   | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus      |

**Regelmäßige Medikamente-Einnahme?**  ja /  nein Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS etc.): \_\_\_\_\_

Verraten Sie uns noch, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind? \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben) \_\_\_\_\_

Jetzt haben Sie es geschafft! Danke für Ihre Mitarbeit! Ich freue mich auf Sie! Ihre Dr. S. Roth