

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
für unsere Kartei bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

Name, Vorname: geb. am:

Adresse:

Tel.Nr.privat: dienstl.:

Welche Berufsausbildung haben Sie?

.....

Welchen Beruf/Tätigkeit über Sie derzeit aus?

.....

Familienstand

ledig verheiratet geschieden verwitwet Lebensgemeinschaft

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Masern Mumps Röteln
 Windpocken sonstige

Hatten Sie Operationen? ja nein

Wenn ja, welche und wann?

.....

Hatten Sie Unfälle? ja nein

Wenn ja, welche und wann?

.....

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

Diabetes Bluthochdruck Schlaganfall Herzinfarkt
 Asthma/COPD Thrombose Krebserkrankungen HIV
 Lebererkrankungen Nierenerkrankungen Hepatitis Bluterkrankungen
 Blutneigung Krampfanfälle Gemütskrankheiten
 sonstige

Wer ist Ihr Frauenarzt/Urologe?

.....

Wie viele Schwangerschaften / Geburten hatten Sie?

.....

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

Diabetes Bluthochdruck Schlaganfall Herzinfarkt
Thrombose Krebserkrankungen Krampfanfälle Allergien
sonstige

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

.....
.....

Rauchen Sie? ja, wie viel pro Tag?..... nein

Wie oft trinken Sie Alkohol?

nie selten häufig täglich

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Kontakt zu Tieren? ja nein

Wenn ja, zu welchen?.....

Treiben Sie Sport? ja nein

Wenn ja, welchen?

Haben Sie einen Impfausweis? ja nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Wen dürfen wir im Notfall informieren?.....

Telefonnummer?

Datum:

Unterschrift: