

# Anamnesebogen Neupatienten

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrem ersten Arztkontakt aus.

Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder möchten, sprechen Sie diese im Arztgespräch bitte an.

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe/Gewicht: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

Familienstand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Hobbys: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr früherer **Hausarzt**? \_\_\_\_\_

Gibt es mitbehandelnde **Fachärzte**? \_\_\_\_\_

Sind Sie Autofahrer? ja  nein

Rauchen Sie? ja  nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja  nein

Haben Sie **Allergien**? ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie **aktuelle** Beschwerden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind **Vorerkrankungen** bei Ihnen bekannt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche der folgenden **Erkrankungen** kommen **in ihrer Familie** vor?

Diabetes  Herzerkrankungen  Schlaganfall

Bluthochdruck  erhöhte Blutfette  Krebserkrankung

Haben Sie bereits an **Vorsorgeuntersuchungen** (z.B. Darmkrebsvorsorge) teilgenommen?

Wenn ja, wann/ wo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Medikamentenplan:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein?

Bitte tragen Sie Ihre Medikamente mit Ihrer Dosis und dem Zeitpunkt der Einnahme in die Tabelle ein oder legen Sie uns eine Medikamentenliste Ihres Hausarztes vor.

Name der Medikamentes	Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift