



➔ Praxisteam bitte Etikett eindringen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Um Sie vorab kennen zu lernen und etwas über Ihr aktuelles Anliegen zu erfahren, füllen Sie bitte folgenden Anamnesebogen für uns aus.

Bei Unklarheiten sprechen Sie uns einfach an.

Ihr Praxisteam der Gemeinschaftspraxis Schwabenheim

Datum: \_\_\_\_\_

Name/Vorname:	Geburtsdatum:
Beruf/Tätigkeit:	Nationalität:
Email:	
Familienstand: Leben Sie alleine? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein
Betreuung durch Angehörige erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja, durch:	<input type="checkbox"/> Nein

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Falls zutreffend, bitte das Diagnosejahr angeben!	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen
<input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Tumorleiden
<input type="checkbox"/> Sonstige	

Leidet in Ihrer Familie jemand an folgenden Erkrankungen? Wenn ja, bitte angeben wer!	
<input type="checkbox"/> Tumorleiden:	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck:
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus:	<input type="checkbox"/> Schlaganfall:
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Sonstige

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name 1. mo – mi – ab – na	Name 4. mo – mi – ab – na
2.	5.
3.	6.

Leiden Sie an Allergien oder Medikamenten-Unverträglichkeiten? Wenn ja, geben Sie diese bitte an!
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergie/Unverträglichkeit:

**!!! Rückseite beachten !!!**

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Rauchen Sie?	Welche alkoholischen Getränke trinken Sie? <input type="checkbox"/> Keine
<input type="checkbox"/> Ja, ca. _____ Zigaretten/Zigarren am Tag	<input type="checkbox"/> Sekt/Wein: Gläser (0,2l) pro Woche:
<input type="checkbox"/> Ja, Pfeife	<input type="checkbox"/> Bier: Flaschen pro Woche:
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ex-Raucher	<input type="checkbox"/> Schnaps o.ä.: Gläser (2cl) pro Woche:

Was ist der aktuelle Anlass für Ihren Besuch?

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!!**

Wird von der Mitarbeiterin im Labor ausgefüllt	
Größe:	Bauchumfang:
Gewicht:	Hüftumfang:
BMI:	RR rechts: <span style="float: right;">RR links:</span>
aktueller BZ:	HF: