



➔ Praxisteam bitte Etikett eindrucken

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

Name/Vorname:	Geburtsdatum:
Beruf/Tätigkeit:	Nationalität:
Email:	
Familienstand:	Haben Sie Kinder?
Leben Sie alleine? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<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"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt

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

