



Anamnesebogen hausärztliche Neu-Patienten

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Um mögliche Erkrankungen und Gesundheitsrisiken komplett erfassen zu können, bitten wir Sie sich diesen Fragebogen durchzulesen und sich für unser Gespräch Notizen zu machen. Danke für Ihre Mühe. Hatten oder haben Sie **Erkrankungen, Störungen ernsterer Art, Allergien?**

Operationen:		Innere Erkrankungen:		Sonstiges / Medikamente
Blinddarm	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	
Mandel OP	<input type="checkbox"/>	Hochdruck	<input type="checkbox"/>
Leistenbruch	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	
Nabelbruch	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Hüftprothese	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	
Knieprothese	<input type="checkbox"/>	Emphysem	<input type="checkbox"/>
Gallen OP	<input type="checkbox"/>	Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	
Gebärmutter / Eierstock	<input type="checkbox"/>	Thrombosen	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall OP	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	ggf. auf Rückseite weiter

Zur Erfassung möglicher **berufsbedingter Erkrankungen** bitte Übersicht über berufliche Tätigkeiten und Risiken z.B. Lärm, Asbest, Lösungsmittel, Infektion

.....

.....

.....

Familienvorgeschichte

	Mutter	Vater	Schwester	Bruder	Oma ms	Oma vs	Opa ms	Opa vs
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte tragen Sie das Datum der jeweils letzten drei Impfungen ein

Wundstarrkrampf (Tetanus)			
Diphtherie			
Kinderlähmung			
Masern Mumps Röteln			
Zecken			