

Anamnesebogen



Dr. Karina Mattfeldt
Ihre Hausarztpraxis

Bitte füllen Sie den Fragebogen nach bestem Wissen aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, dann wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Persönliche Angaben:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Körpergröße (in cm): _____ Gewicht (in kg): _____

☎ Festnetz: _____ mobil: _____

✉ E-Mail : _____

Beruf : _____

Bitte kreuzen Sie an:

Teilnahme am HZV-Programm: O ja / O nein

Erinnerung an Gesundheitsuntersuchungen (Check Up), Impfungen gewünscht: O ja / O nein

Aktuelle Beschwerden:

Vorerkrankungen:

Bitte kreuzen Sie an

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>
Lungenkrankheit	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Familien- vorgeschichte:

Bitte kreuzen Sie an

	Mutter	Vater	Großmutter	Großvater
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenkrankheit	<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"/>
sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte bisher bekannte Diagnosen auflisten:

Nur für Patientinnen: Haben Sie Gynäkologische Beschwerden?

Bitte kreuzen Sie an

Nein

☐

Ja

☐

Wenn ja, welche:

Anamnesebogen



Dr. Karina Mattfeldt
Ihre Hausarztpraxis

Persönliche Lebensumstände: Bitte kreuzen Sie an		Menge: Wie viel pro Tag?	Beginn: Seit wann?
	Ja		
Rauchen	<input type="checkbox"/>		
Alkoholkonsum (regelmäßig)	<input type="checkbox"/>		
Drogenkonsum (regelmäßig)	<input type="checkbox"/>		

Bitte kreuzen Sie an	normal	vermehrt	vermindert
Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Impfpass vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte bringen Sie den Impfpass mit bzw. legen Sie diesen bitte vor. Danke.

Regelmäßige Medikamenteneinnahme Bitte führen Sie alle Medikamente auf, die Sie aktuell einnehmen, und machen Sie Angaben zur Dosierung*	Dosierung (mg, ml)	morgens	mittags	abends

* Alternativ: Legen Sie bitte einen Medikamentenplan vor.

Sonstiges: Bitte kreuzen Sie an	Ja	Wenn ja, welche
Allergien	<input type="checkbox"/>	
Seelische Beschwerden	<input type="checkbox"/>	
Operationen	<input type="checkbox"/>	

Niederkassel, den	Unterschrift
-------------------	--------------