



Christoph Reinicke

FA für Allgemeinmedizin

Anamnesebogen
Aktualisiert: Juli 2021

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um etwaige Behandlungsrisiken auszuschließen, füllen Sie bitte den nachstehenden Bogen aus.

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Tel. (privat): _____ Tel. (mobil): _____
E-Mail: _____

Leiden oder litten Sie in letzter Zeit an einer der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein	Seit wann? (nähere Angaben)
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Durchblutungsstörungen der Gliedmaßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckererkrankung/Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fettstoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Thrombose oder Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operationen, Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Ja	Nein	
Aktueller Genuss von Tabakprodukten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menge: _____ nicht seit: _____

Allergien gegen Medikamente Ja Nein
Wenn ja, welche: _____

Andere Allergien Ja Nein
Wenn ja, welche: _____

Körpergröße (in cm) _____ Gewicht (in kg) _____
Gewichtsveränderungen in den letzten 6 Monaten Nein Zunahme Abnahme

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle ein, wie oft, wie viel und wann Sie regelmäßig Medikamente einnehmen.

Medikament	Häufigkeit <i>(täglich, wöchentlich, monatlich, bei Bedarf)</i>	Mengen		
		morgens	mittags	abends

Hatten Sie bereits eine der folgenden Untersuchungen?

Herzkatheter Ja Nein Darmspiegelung Ja Nein

Wichtige Ergänzungen

Einverständniserklärung

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Daten im Rahmen der Behandlung in der Praxis unter Beachtung aller Richtlinien der **DSGVO** aufbewahrt werden? Ja Nein

Wichtige Informationen

Bitte bringen Sie zur Untersuchung den ausgefüllten Bogen sowie stets Ihren Impfausweis und die Chipkarte Ihrer Versicherung mit.

Bitte vereinbaren Sie einen Termin, bevor Sie die Praxis aufsuchen.

Sagen Sie bitte mindestens 24h im Voraus ab, sollten Sie einen Termin nicht einhalten können.

Datum und Unterschrift