



Anamnesebogen

1. Persönliche Daten

Anrede	Vorname	Nachname
Adresse		PLZ, Stadt
Geburtsdatum	Beruf	
Telefon-/ Handynummer	E-Mail-Adresse	
Bisheriger Hausarzt	Bereits besuchte Fachärzte	

Brief e-Mail Nein

Wünschen Sie eine Terminerinnerung?

2. Krankenversicherung

Krankenkasse	Krankenversicherung
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Versichertennummer	Mitglied hausärztliche Versorgung (HZV)/ Hausarztprogramm

3. Gesundheit

Datum: Bisher nicht erfolgt > 3 Jahre her

Letzte Vorsorgeuntersuchung (CheckUp)

Ja Nein Ja Nein

Haben Sie Allergien? Um welche Allergie(n) handelt es sich?

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Bitte benennen Sie auch die Milligramm-Angabe und Tageszeit der Einnahme. Um welche Medikamente handelt es sich?

weitere Medikamente

Ja Nein Ja Nein

Hat sich Ihr Gewicht in den letzten Monaten verändert? War die Gewichtsveränderung gewollt? Geben Sie bitte die Gewichtsveränderung in kg an.

Ja Nein

Rauchen Sie? Was rauchen Sie?

Ja Nein Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Schwerbehinderung (GdB) anerkannt? Grad der Behinderung Ist bei Ihnen ein Pflegegrad anerkannt? welcher Pflegegrad?

Ja Nein

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Um welche Behandlung handelt(e) es sich?



Anamnesebogen

Ja Nein Ja Nein

Augenerkrankungen Tragen Sie eine Brille?

Um welche Augenerkrankung handelt es sich? _____

Ja Nein

Erkrankungen des Skelettsystems

Um welche Erkrankung des Skelettsystems handelt es sich? _____

Ja Nein

Hauterkrankungen

Um welche Hauterkrankung handelt es sich? _____

Ja Nein

Lungen-/ Atemwegserkrankungen

Um welche Atemwegserkrankung handelt es sich? _____

Ja Nein

Kreislauf-/ Gefäßerkrankungen

Um welche Kreislauf-/Gefäßerkrankung handelt es sich? _____

Ja Nein

Herzkrankungen

Um welche Herzkrankung handelt es sich? _____

Ja Nein

Leber-/Gallenerkrankungen

Um welche Leber-/Gallenerkrankung handelt es sich? _____

Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen

Um welche Schilddrüsenerkrankung handelt es sich? _____

Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen

Um welche Stoffwechselerkrankung handelt es sich? _____

Ja Nein

Erkrankungen des Verdauungstrakts

Um welche Erkrankung des Verdauungstrakts handelt es sich? _____

Ja Nein

Nieren-/ Harnwegserkrankungen

Um welche Nieren-/ Harnwegserkrankung handelt es sich? _____

Ja Nein

Nerven-/ Gemütsleiden

Um welche Nieren-/ Harnwegserkrankung handelt es sich? _____

Ja Nein Ja Nein Mild Schwer Ja Nein

Wurden Sie gegen Corona Viren geimpft? Ja Nein

Wann wurden sie geimpft? _____

Mit welchem Impfstoff wurden Sie geimpft? _____

Haben Sie sich schon einmal mit Corona infiziert? Ja Nein

Hatten Sie einen milden oder schweren Verlauf der Corona-Infektion? Mild Schwer

Leiden Sie unter Folgen der Corona-Infektion? Ja Nein

Möchten Sie uns noch was mitteilen?

Ja Nein

Einwilligung Datenverarbeitung

Ort _____ Datum _____ Ihr Name / Unterschrift _____