



Anamnesebogen Neupatient

Persönliche Daten

Name			
Vorname			
Geburtsdatum		Körpergröße	cm
Geschlecht		Gewicht	kg
Anschrift			
Beruf			
Tel. Festnetz		Tel. Mobil	
e-Mail			

Bekannte Erkrankungen

Sind bei ihnen folgende Krankheiten bzw. Krankheiten folgender Organe bekannt?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Hoher Blutdruck | ☐ Herzerkrankungen | ☐ Bronchien / Lunge |
| ☐ Asthma | ☐ Zuckerkrankheit | ☐ Hohe Blutfette / Cholesterin |
| ☐ Schilddrüse | ☐ Niere | ☐ Magen und Darm |
| ☐ Rheuma | ☐ Infektionserkrankungen | ☐ Gicht |
| ☐ Nervenerkrankungen | ☐ Tumorerkrankungen | |
| ☐ Sonstige | <input type="text"/> | |

☐ Operationen

Sind bei Ihnen Allergien bekannt (z. B. gegen Medikamente)?

☐ Nein ☐ Ja

Auslöser

Welche Reaktion trat auf?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

☐ Medikamentenplan liegt bei

☐ Nein ☐ Ja, nämlich

Alternativ können Sie einen aktuellen Medikamentenplan beilegen.



Gewohnheiten

Rauchen Sie?

☐ Nein ☐ Ja, seit Tägliche Menge

Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?

☐ Nein ☐ Ja, seit Tägliche Menge

Familie

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Hoher Blutdruck | ☐ Herzerkrankungen | ☐ Lungenerkrankungen |
| ☐ Niere | ☐ Zuckerkrankheit | ☐ Hohe Blutfette / Cholesterin |
| ☐ Rheuma | ☐ Tumorerkrankungen | |
| ☐ Sonstige | | |

Ihr erster Termin

Was ist Ihnen für Ihren ersten Termin besonders wichtig?

Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit.

Hausbesuche bieten wir in Uphusen, Bierden und Mahndorf an.

Bitte sprechen Sie uns bei Bedarf darauf an.

Vielen Dank für Ihre Angaben. Wir behandeln Ihre Informationen vertraulich.

Heutiges Datum

Unterschrift