

Familienarztpraxis

Dr. Hellmuth & Kollegen

Dorfgraben 2A ▪ 97076 Würzburg

Tel: 0931 272562 ▪ Fax: 0931 272563

E-Mail: info@familienarztpraxis.de



Anamnesebogen

Liebe Patienten,

bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Ihnen Fragen unverständlich erscheinen, helfen wir Ihnen gerne.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ männlich: weiblich:

PLZ und Ort: _____ Krankenkasse: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____

Telefon Arbeit: _____ Beruf: _____

E-Mail Adresse: _____ Hausarzt (bisher/weiter): _____

Pflegegrad: _____ Behinderung: _____

Angehörige/Personen die über den Gesundheitszustand informiert werden dürfen:

Körpergröße : _____ Körpergewicht : _____

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern Ja Nein unbekannt

Röteln Ja Nein unbekannt

Mumps Ja Nein unbekannt

Windpocken Ja Nein unbekannt

Scharlach Ja Nein unbekannt

Keuchhusten Ja Nein unbekannt

Diphtherie Ja Nein unbekannt

Sonstige: _____

bisherige Operationen:

Allergien gegen:

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein wenn ja, welche (z. B. Ass 100 mg 1-0-0)

Vorerkrankungen?

- Bluthochdruck Ja Nein unbekannt _____
- Augenerkrankungen Ja Nein unbekannt _____
- Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja Nein unbekannt _____
- Magenerkrankungen Ja Nein unbekannt _____
- Nierenerkrankungen Ja Nein unbekannt _____
- Hauterkrankungen Ja Nein unbekannt _____
- Fettstoffwechselstörung Ja Nein unbekannt _____
- Gicht Ja Nein unbekannt _____
- Rheuma Ja Nein unbekannt _____
- Lebererkrankungen (z.B. Hep.) Ja Nein unbekannt _____
- Asthma/chron. Bronchitis (COPD) Ja Nein unbekannt _____
- Herzerkrankung Ja Nein unbekannt _____
- Krebsleiden Ja Nein unbekannt _____
- Migräne Ja Nein unbekannt _____
- Depressionen Ja Nein unbekannt _____
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein unbekannt _____

Sonstige: (z.B. Thrombose, andere Krankheiten)

Gibt es familiäre Vorerkrankungen? (z.B. Krebs, Diabetes, Asthma, Herzinfarkt, Schlaganfall)

Rauchen Sie? Ja Nein wenn ja, wie viele: _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein wenn ja, wie oft: _____
was: _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein

Für Frauen:

Gehen Sie regelmäßig zum Gynäkologen? Ja Nein

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wie oft waren sie schwanger? _____

Wie viele Geburten hatten Sie? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!