



---

## ANAMNESEBOGEN

---

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefon tagsüber \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ cm

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Treiben Sie regelmäßig Sport?  nein  ja \_\_\_\_\_ mal pro Woche

Rauchen Sie?  nein  ja \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Alkoholkonsum pro Tag \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Allergien  nein  ja

- welche \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig  
Medikamente ein?  nein  ja

- welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

### Ist Ihr Impfschutz ausreichend?

Tetanus  nein  ja Hepatitis  nein  ja

Diphtherie  nein  ja Grippe  nein  ja

Polio  nein  ja Lungenentzündung  nein  ja

Keuchhusten  nein  ja Mumps-Masern-Röteln  nein  ja

---



---

**Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) folgende Erkrankungen bekannt?**

Herzkrankheit/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?	_____
Krebs	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?	_____
		Welche Art?	_____

---

**Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?**  keine

Cholesterin zu hoch	<input type="checkbox"/> ja	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ja
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> ja	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja
Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja
Asthma/chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	Allergien	<input type="checkbox"/> ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	Krebs	<input type="checkbox"/> ja
Sonstiges:	_____		

---

**Hatten Sie folgende Operationen:**  keine

Herz-OP	<input type="checkbox"/> ja	Brust-OP	<input type="checkbox"/> ja
Gefäße-OP	<input type="checkbox"/> ja	Gebärmutter-OP	<input type="checkbox"/> ja
Krebs-OP	<input type="checkbox"/> ja	Mandel-OP	<input type="checkbox"/> ja
Schilddrüse-OP	<input type="checkbox"/> ja	Blinddarm-OP	<input type="checkbox"/> ja
Gallenblase-OP	<input type="checkbox"/> ja	Bruch-OP	<input type="checkbox"/> ja
Sonstiges:	_____		

---

**Liebe Patienten, es interessiert uns, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind:**

Empfehlung     Telefonbuch     Zeitungsannonce     Internet     Zufällig

---

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Auf unserer Webseite informieren Sie sich schnell über unser Leistungsangebot, aktuelle Gesundheitsthemen und unser Team.

Besuchen Sie uns unter [www.hausaerzte-oberkassel.de](http://www.hausaerzte-oberkassel.de).

---

**Ihr Praxisteam**