**Anamnesebogen**

**Liebe Patientin , lieber Patient,**

Wir heißen wir Sie in unserer Praxis herzlich willkommen.

Um wichtige Informationen Ihrer Krankenschichte zu erfahren, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, werden wir Ihnen gerne behilflich sein.

Name / Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geb.-Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen in folgenden Bereichen Erkrankungen bekannt?**

Schilddrüse Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

Blutdruck Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

Herz Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

Blutzuckerkrankheit Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

Magen/Darm Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

Tumorerkrankung Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

Nieren Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

Fettstoffwechsel Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

Harnsäure Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

Augen Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

Asthma/chron.Bronchitis Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

Gelenk/Rheuma Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

Haut Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

Psychische Erkrankung Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

Epilepsie Ja ☐ Nein ☐ In der Familie ☐

**Besteht eine Infektionskrankheit?**  Ja ☐ Nein ☐

**Leiden Sie an einer Allergie** Ja ☐ Nein ☐

**Leiden Sie an Blutgerinnungsstörung?** Ja ☐ Nein ☐

**Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten ca. täglich ? \_\_\_\_\_\_\_**

**Besteht eine Schwangerschaft?**  Ja ☐ Nein ☐

**Körpergröße:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gewicht:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Besitzen Sie einen Impfausweis?** Ja ☐ Nein ☐

**Wann war der letzte Check Up/Darmspiegelung/Urologische o. Gynäkologische**

**Vorsorge ?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wann war das letzte Hautkrebsscreening? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**