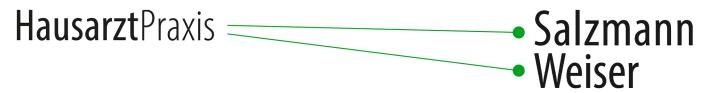
Jülicher Straße 88 · 52070 Aachen · Tel. 0241. 508074 · Fax 54635 · mail@hausarztpraxis-aachen.de · www.hausarztpraxis-aachen.de



Anamnesebogen Teil 1

Liebe Patientin, lieber Patient

Als neue Patientin/neuer Patient heißen wir Sie in unserer Praxis herzlich willkommen! Um Sie besser kennen zu lernen und wichtige Informationen zu gewinnen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemand weitergegeben.

Name, Vorname:						
Geburtsdatum:Straße:		Beruf:				
		Tel.:				
PLZ:		Stadt:				
Sind bei Ihnen Vorerkrankung	en bekannt?					
Bluthochdruck Herzkrankheit Blutzuckerkrankheit Magen/Darmerkrankung Tumorerkrankung Nierenerkrankung Fettstoffwechselstörung Harnsäurestoffwechselstörung / Gicht Wurden bereits Operationen durchgefü Wenn ja, welche? Wann?	Nein Ja Nein Nein Ja Nein Nein Ja Nein Nein Nein Ja Nein Nein Nein Nein Nein Nein Nein Nei	Gelenkerkrankung/Rheuma Hautkrankheit Schilddrüsenerkrankung HIV-InfektionAids Leberentzündung Asthma /Chronische Bronchitis Psychische Erkrankung Anfallsleiden/Epilepsie	Nein Ja Ja Nein Ja			
Leiden Sie an einer Allergie? Nein Ja Wenn ja, an welchen?						
Leiden Sie an einer Blutgerin	nungsstörung? Neir	n 🗌 Ja 🗌				

Jülicher Straße 88 · 52070 Aachen · Tel. 0241.508074 · Fax 54635 · mail@hausarztpraxis-aachen.de · www.hausarztpraxis-aachen.de

HausarztPraxis =

SalzmannWeiser

Anamnesebogen Teil 2

Leidet jemand aus Ihrer Familie an folgenden Erkrankungen?		Vegetative Anamnese			
		Durst	Normal 🗌	Vermehrt 🗌	
Bluthochdruck	Nein 🗌 Ja 🔲	Appetit	Normal 🗌	Vermehrt 🗌	
Blutzuckerkrankheit	Nein 🗌 Ja 🔲	Stuhlgang	Normal 🗌	Vermehrt 🗌	
Fettstoffwechsel	Nein 🗌 Ja 🔲	Wenn nicht normal	Durchfall? 🗌	Verstopfung?	
Herzinfarkt	Nein 🗌 Ja 🔲	Wenn Durchfall	Mit Blut?	Mit Schleim?	
Asthma	Nein 🗌 🏻 Ja 🖳	Wasserlassen	Normal 🗌	Vermehrt	
Krebs	Nein 🗌 🛮 Ja 🔲	Startschwierigkeiten	Ja 🗌	"Brennen" 🗌	
		Nachts öfter als 1 – 2 m	nal Ja 🗌	Nein 🗔	
		Nachtschweiß	Ja 🗌	Nein 🗔	
		Gewicht	Konstant 🗌	Nicht konstant \square	
			Zunahme	Abnahme 🗌	
		von Kilo	ogramm in	Monaten	
Zigaretten? Nein Ja Wenn ja, wie viele am Tag? Alkohol? Nein Ja Wenn ja, täglich? ab und zu? Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja					
Körpergröße: cm / Gewicht: kg Besitzen sie einen Impfausweis? Nein Ja Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.					
Ditte brilligeli Sie dieseli	benin nachsten besuch fillt, wil überpfüren gefile	milen impistatus.			

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihr Praxisteam