

# Anamnesebogen

Patient: .....  
Mitglied: .....  
Straße / Nr: .....  
PLZ / Ort: .....  
Telefon: .....  
Beruf: .....  
Arbeitgeber: .....

## Fragen über bestehende Erkrankungen:

1. Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung  ja  nein

2. Ihr Hausarzt: .....

### 3. Herz

- a) Koronare Herzkrankheit (Angina Pectoris)  ja  nein  
b) Herzschwäche (Insuffizienz)  ja  nein  
c) Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)  ja  nein  
d) Tragen Sie einen Herzschrittmacher  ja  nein

### 4. Kreislauf

- a) erhöhter Blutdruck  ja  nein  
b) zu niedriger Blutdruck  ja  nein

### 5. Blut

- a) Blutarmut (Anämie)  ja  nein  
b) Blutungsneigung  ja  nein  
c) Nehmen Sie gerinnungshemmende Medik.  ja  nein

### 6. Lunge

- a) Asthma / chronische Bronchitis  ja  nein  
b) Tuberkulose  ja  nein

### 7. Stoffwechsel

- a) Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein  
b) Schilddrüsenerkrankungen  ja  nein  
c) Leberkrankheiten / Hepatitis / Gelbsucht  ja  nein  
d) Nierenerkrankung  ja  nein

### 8. Nervensystem

- a) Anfallsleiden  ja  nein  
b) Depression  ja  nein

c) Sonstige .....

9. Allergien

- a) Heuschnupfen  ja  nein
- b) Medikamenten-Allergie  ja  nein
- c) Penicillin-Allergie  ja  nein
- d) Haben Sie einen Allergie-Paß  ja  nein

e) Sonstige Allergien .....

10. Haben Sie Kopf- Nacken- oder Rückenschmerzen  ja  nein

11. Bestehen sonstige Erkrankungen  ja  nein

wenn ja, welche .....

12. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

wenn ja, welche .....

13. Sind Sie schwanger?

wenn ja, welcher Monat .....

14. Sind Sie HIV-positiv  ja  nein

15. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung: .....

Sie befinden sich in einer prophylaxeorientierten Praxis!

Sind Sie an einem kostenlosen Recall  
(Erinnerungsdienst) interessiert?  ja  nein

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? .....

Nur für Privatversicherte : Standardtarif (1,7 fach)  ja  nein

.....  
Datum

.....  
Unterschrift