

# ANAMNESEBOGEN

⚠ Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgedruckt zum ersten Termin mit!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrer Konsultation bei uns aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sprechen Sie uns gerne an. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Herzlichen Dank!

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenversicherung

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail

Beruf

Größe in cm

Gewicht in kg

Haben Sie Kinder?

## Für Frauen

Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Anzahl der Geburten

Anzahl der Schwangerschaften

**HAUSARZTPRAXIS  
IN HOHENSCHÄFTLARN**  
Rebecca Günther Forrer  
& Judith Peter

Gemeinschaftspraxis  
Günther Forrer & Peter

Klosterstr. 1  
82069 Hohenschäftlarn

Tel.: 08178 867080  
Fax: 08178 867066

arztpraxis-hohenschaeftlarn.de

## Sprechzeiten

Montag: 08:00 – 12:00 Uhr  
16:00 – 18:00 Uhr

Dienstag: 08:00 – 12:00 Uhr  
16:00 – 18:00 Uhr

Mittwoch: 08:00 – 12:00 Uhr

Donnerstag: 08:00 – 12:00 Uhr  
16:00 – 18:00 Uhr

Freitag: 08:00 – 12:00 Uhr

... sowie nach Vereinbarung.

# ANAMNESEBOGEN

## HAUSARZTPRAXIS IN HOHENSCHÄFTLARN

Rebecca Günther Forrer  
& Judith Peter

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Nein      Ja, welche?

Haben Sie einen Allergiepass?      Ja      Nein

Rauchen Sie?

Nein      Ja →      seit X Jahren/Monaten?      Menge Stk. pro Tag?

Ich habe aufgehört →      seit X Jahren/Monaten?      Menge Stk. pro Tag?

Nehmen Sie abhängig machende Substanzen? (Anabolika, Aufputzmittel, Schlafmittel, Drogen ...)

Nein      Ja, welche?

Hatten Sie Kinderkrankheiten?

Nein      Ja, welche? Z. B. →      Masern      Mumps  
Röteln      Windpocken

Sonstige

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Name und  
Dosis

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?

Nein

Bluthochdruck	Asthma
Diabetes mellitus	Chronische Bronchitis
Koronare Herzerkrankung	Epileptische Anfälle
Erhöhte Blutfettwerte	Gastritis
Depression	Lebererkrankungen
Nierenerkrankungen	Infektionen etc.

Sonstige

Gemeinschaftspraxis  
Günther Forrer & Peter

Klosterstr. 1  
82069 Hohenschäftlarn

Tel.: 08178 867080  
Fax: 08178 867066

arztpraxis-hohenschaeftlarn.de

### Sprechzeiten

Montag: 08:00 – 12:00 Uhr  
16:00 – 18:00 Uhr

Dienstag: 08:00 – 12:00 Uhr  
16:00 – 18:00 Uhr

Mittwoch: 08:00 – 12:00 Uhr

Donnerstag: 08:00 – 12:00 Uhr  
16:00 – 18:00 Uhr

Freitag: 08:00 – 12:00 Uhr

... sowie nach Vereinbarung.

Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt/Schlaganfall/eine Thrombose?

Nein      Ja, wann? →

Welche Therapie-/Reha-  
maßnahmen sind erfolgt?

Leiden Sie deshalb noch unter  
Einschränkungen?

Sind sie schon einmal operiert worden?

Nein      Ja, woran? →

Wann (ca.)?

Wo (Klinik)?

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Krebserkrankung festgestellt?

Nein      Ja, welche? →

Welche Therapie ist erfolgt?

Konnte die Erkrankung geheilt  
werden?

Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Tante, Onkel)  
schwerwiegende Erkrankungen aufgetreten?

Nein      Ja, welche? →      Herz-Kreislaufkrankungen      Krebserkrankungen  
Thrombosen/Lungenembolie      Demenz

Sonstige

Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren  
durchgeführt?

Nein      Ja, wann zuletzt?

Gab es Auffälligkeiten?

Wie sind Sie auf meine Praxis  
aufmerksam geworden?

Internet

Sie wurden mir  
empfohlen von

Telefonbuch

Ein Familienmitglied  
ist bereits Patient\*in

Sonstige

Möchten Sie von mir unver-  
bindlich an den nächsten  
Gesundheits-Check und die  
nächste Auffrischungsimpfung  
erinnert werden?

Nein

Ja

per E-Mail

per Post

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten /gesetzlichen Vertreters