

Anamnese-Bogen Neupatientin/Neupatient

Name: _____

Adresse: _____

Geb.datum: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen, möchten wir Sie vorab bitten
folgende Fragen zu beantworten.

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?

	Erkrankung	NEIN	JA Seit wann ist die Erkrankung bekannt? Haben Sie aktuell Beschwerden?
Herz-Kreislauf	Bluthochdruck	☐	☐
	Herzinfarkt / Verengung der Herzkranzgefäße	☐	☐
	Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern)	☐	☐
	Herzschwäche / Herzklappenfehler	☐	☐
	Schlaganfall	☐	☐
	Thrombose / Lungenembolie	☐	☐
	Gefäßerkrankungen	☐	☐
Lunge	Asthma	☐	☐
	COPD	☐	☐
	Sonstige Lungenerkrankungen	☐	☐
Stoffwechsel	Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐	☐
	Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
	Nierenschwäche	☐	☐
	Sonstige Stoffwechselerkrankungen (z.B. hohe Blutfette, Gicht)	☐	☐

	Erkrankung	NEIN	JA Seit wann ist die Erkrankung bekannt? Haben Sie aktuell Beschwerden?
Nerven / Psyche	Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐
	Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Bipolare Störungen, Schizophrenie etc.)	☐	☐
	Andere Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Multiple Sklerose)	☐	☐
	Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen)	☐	☐
Sonstiges	Muskel/Gelenkerkrankungen z.B. Bandscheibenvorfall	☐	☐
	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (z.B. Colitis ulcerosa, Mb. Crohn)	☐	☐
	Rheuma	☐	☐
	Gut- oder bösartige Krebserkrankung bekannt oder durchgemacht?	☐	☐
	Andere Erkrankungen (z.B. Augenerkrankungen, Infektionskrankheiten, Hepatitis C, HIV etc.)	☐	☐

Bitte nehmen Sie ihre aktuellen Befunde zum Erstgespräch mit.

Hatten Sie Operationen oder Krankenhausaufenthalte?	Nein	Ja:
Haben Sie Implantate?	Nein	Ja:
Rauchen Sie?	Nein	Ja: Wieviel pro Tag? Seit wann?
Haben Sie Allergien?	Nein	Ja:
Nehmen Sie Medikamente?	Nein	Wenn ja, bitte Liste auf nächster Seite ausfüllen oder eigene Liste zum Kopieren abgeben.

Aktuelle Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel

Name des Präparates	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum: _____

Unterschrift Patient/Patientin: _____