



Praxis Dr Dormann

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Größe/Gewicht: _____
Beruf: _____
Telefon: _____ Mobilfunknr.: _____
E-Mail: _____

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

	Nein	Ja	Seit wann? Nähere Angabe
Bluthochdruck (Hypertonus)			
Herzkranzgefäße (KHK), Herzinfarkt			
Herzerkrankungen			
Schlaganfall; neurologische Erkrankungen			
Durchblutungsstörung			
Zuckererkrankung (Diabetes mellitus)			
Fettstoffwechselstörung			
Nierenerkrankungen			
Lebererkrankung			
Hauterkrankungen			
Lungenerkrankungen (Asthma; COPD)			
Darmerkrankungen			
Augenerkrankungen			
Chronische Infektionserkrankung			
Blutgerinnungsstörung, Bluterkrankung			
Thrombose oder Lungenembolie			
Psychische Erkrankung			
Prostataerkrankungen; Hodenerkrankungen			
Brustdrüsen.- Gebärmutter u .-Eierstockerkr.			
Sonstiges			

Liegen andere Erkrankungen, außer den genannten bei Ihnen vor?

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, woran und wann?



Praxis Dr Dormann

Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann und wie viel? _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel? _____

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? Wenn ja welche? _____

	Ja	Nein
Haben Sie Medikamentenallergien?		

Wenn ja, wogegen?

	Ja	Nein
Haben Sie Allergien?		

Wenn ja, wogegen?

Erfolgte bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung? _____

Erfolgte bei Ihnen bereits ein Hautkrebscreening? _____

Familienanamnese:

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

	Ja	Nein
Bluthochdruck (Hypertonus)		
Herzerkrankungen		
Schlaganfälle; Neurologische Erkrankung		
Darm; Nieren; Hauterkrankung		
Zuckererkrankung (Diabetes mellitus)		
Tumorerkrankungen?		
Blutungsstörung; Bluterkrankung		
Thrombose oder Lungenembolie		

Sozialanamnese:

Familienstand: _____ Kinder: _____

Sport? Wenn ja, welcher und wie oft? _____



Praxis Dr Dormann

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche?

Arzneimittel - Name Präparat - Wirkstoff/Stärke - Darreichungsform - Zusatz: retard o.ä.	Dosierung				Indikation: z.B. Hypertonus (Bluthochdruck)
	morgens	mittags	abends	zur Nacht	

Mussten bei Ihnen bereits Medikamente aufgrund einer Unverträglichkeit/Unwirksamkeit abgesetzt werden? Wenn ja, welche? Und warum?

Wir würden Sie bitten Ihre Medikamente bei dem nächsten Besuch mitzubringen, wenn Irgendwelche Fragen für Sie nicht klar sein sollten!

Dr. med. Sven Dormann
Altensteinstr. 57
14195 Berlin

kontakt@praxis-dr-dormann.de
Tel.: 030 831 18 89
Fax: 030 83227 308



Praxis Dr Dormann

Impfstatus:

Wann erfolgte die letzte Impfung? Welche? _____

	Ja	Wann	Nein
Tetanus; Diphtherie; Pertussis; // Polio			
Masern; Mumps; Röteln			
FSME			
Pneumokokken			
Gürtelrose			
Meningokokken			
		Welche	
Andere nicht genannte Impfungen			

Coronavirus: Wurden Sie in der Vergangenheit auf das Corona-Virus (COVID-19; SARS-CoV-2) getestet? Wenn ja, wann und wie war das Ergebnis?

Einverständniserklärung:

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen/Impfungen und/oder Termine erinnern?

	Ja	Nein
Telefonisch		
E-Mail		
Postalisch		

Bitte vereinbaren Sie einen Termin

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie. Den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Datum, Unterschrift