

Gemeinschaftspraxis Frau Werner & Frau Hartung

 \\SERVER\Daten\Praxisunterlagen\Formblätter zum
Drucken\Anamnesebogen-04.doc

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Tel.: _____ Handy: _____ email: _____

Gewicht: _____ Größe: _____ Beruf: _____

Medikamentenallergien oder Nebenwirkungen: _____

	Nein	Ja		Nein	Ja
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck hoch/niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung (z. B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung (z. B. Essstörung, Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> täglich_____

sonstige Krankheiten: _____ Darmspiegelung Jahr _____Schwangerschaft/ Geburten Wann: _____HPV Impfung Verhütung Welche: _____Medikamente Welche: _____Operationen Organ/Jahr: _____Zyklus regelmäßig, alle 4 Wochen Unregelmäßig letzte Regel: _____

Erkrankungen in der Familie: (z.B. Diabetes; Krebserkrankungen, Herzinfarkte, Lungenembolie, Schlaganfall, Thrombose) bitte mit Personen- und Altersangaben!

Datenübermittlung an den Hausarzt:

 Ich erteile **keine generelle Genehmigung** zur Weiterleitung von Beratungsinhalten oder Befunden an meinen Hausarzt. Im Falle von wichtigen Befunden werde ich gegebenenfalls meine Einwilligung für diesen Sonderfall erteilen.

 Ich wünsche die Befundübermittlung an meinen Hausarzt. Dieser ist: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____