



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Um nach unserer Eröffnung der neuen Praxisräume weiterhin eine kontinuierliche und gewohnt gute Behandlung zu gewährleisten, möchten wir alle „alten“ und natürlich auch „neuen“ PatientInnen bitten, diesen Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

.....  
Name, Vorname, Geb.Datum

.....  
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Telefon (privat)..... E-Mail.....

Telefon (Büro)..... (vorheriger) Beruf .....

Telefon (Mobil)..... Notfallkontakt.....

**Allgemeine Daten:**

Größe ..... Gewicht .....

Rauchen Sie?             Ja    Nein            Wenn ja, wie viel am Tag? ..... Seit wann? .....

Trinken Sie Alkohol?    Ja    Nein            Wenn ja, wie viel und was? .....

Treiben Sie Sport?       Ja    Nein            Wenn ja, was und wie oft? .....

Allergien?                 Ja    Nein            Wenn ja, welche? Gegen Medikamente?  
.....

Impfweis?                 Ja    Nein            Wissen Sie welche Impfungen Sie wann erhalten haben?  
.....

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?**

- |  |   |  |  |                                    |
|--|---|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Thrombose                | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung   | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle            | <input type="checkbox"/> Asthma/ COPD  | <input type="checkbox"/> Osteoporose     | <input type="checkbox"/> Arthrose  |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Hepatitis                | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung   | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen  |  | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> HIV       |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung   |  | <input type="checkbox"/> Glaukom         |                                    |
| <input type="checkbox"/> Knieschmerzen     | <input type="checkbox"/> sonstige Gelenkschmerzen |  |  |                                    |

sonstiges: .....

**Operationen/ Bestrahlung?**     Ja     Nein    Wenn ja, welche, wann und wo:

.....

**Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?**

- |  |                                    |                                       |                                       |                                   |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma/ COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose     | <input type="checkbox"/> Migräne  |

**Nehmen sie gegenwärtig Medikamente ein?** Bitte notieren Sie hier alle Medikamente (auch die frei verkäuflichen) mit Angabe der Stärke (mg) und wie häufig am Tag Sie diese einnehmen:

.....

.....

.....

.....

**Kontakt zu unserer Praxis/ Empfehlung durch:**

- |                                  |                                   |                                       |                                      |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arzt    | <input type="checkbox"/> Familie  | <input type="checkbox"/> Bekannte(r)  | <input type="checkbox"/> Telefonbuch |
| <input type="checkbox"/> Zeitung | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Praxisschild |                                      |

**Haben Sie an besonderen Therapieverfahren Interesse:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur          | <input type="checkbox"/> Eigenblut                | <input type="checkbox"/> Naturheilverfahren |
| <input type="checkbox"/> Bioresonanztherapie | <input type="checkbox"/> Reizstrom/ Wärmetherapie | <input type="checkbox"/> Vitamininfusionen  |

sonstiges.....

.....

Datum, Unterschrift