



Anamnesebogen

Bitte füllen Sie den Bogen nach besten Wissen aus.
Irrelevante Felder für ihr Anliegen lassen Sie bitte frei

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Neues Problem? (Oder waren Sie bereits deswegen bei einem anderen Arzt) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Überweisungsauftrag (Kommen Sie mit Überweisung zu uns?) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Grund des Arztbesuches | | |
| Beschwerdebild (Schwangerschaft?) | | |
| Eigenanamnese (z. B. Vorerkrankungen, Risikofaktoren) | | |
| Familienanamnese (z. B. Krebs, Herzinfarkt oder Bluthochdruck in der Verwandtschaft) | | |
| Medikamenten-anamnese (Dauermedikation, Selbstmedikation) | | |
| Psychosoziale Anamnese (z. B. sozialer und beruflicher Hintergrund, Fragen zur Sexualität, Stress) | | |
| Suchtanamnese (z. B. Medikamente, Nikotin, Alkohol, Drogen) | | |
| Vegetative Anamnese (z. B. Schlaf, Nachtschweiß, Durst, Appetitverlust, Gewicht, Größe) | | |
| Datum / Name | <input type="text"/> | <input type="text"/> |