



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"/>