

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie besuchen uns heute erstmalig. Ihr Wohlbefinden ist unser Anliegen. Damit wir Sie besser kennenlernen können, benötigen wir einige Informationen. Diese vertraulichen Informationen möchten wir nicht an unserer Anmeldung erheben und bitten Sie daher den Anmeldebogen auszufüllen. Sollten Sie einige Fragen nicht beantworten können oder möchten Sie einige Fragen nicht beantworten, so können wir dies im persönlichen Gespräch klären.

Wenn Sie aufgerufen werden geben Sie den ausgefüllten Anamnesebogen bitte beim Arzt ab.

Sämtliche Daten sind nur für Ihre Patientenakte bestimmt.

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	Wohnort:	Telefon:
Mobil:	Email:	

Aktueller Grund Ihres Praxisbesuchs:

Vorerkrankungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Bypass	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Andere Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Urologische Erkrankung
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankung
<input type="checkbox"/> Erhöhte Fettwerte	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung:		
<input type="checkbox"/> Operationen:		
<input type="checkbox"/> Erkrankungen Ihrer Eltern/Geschwister:		

Haben Sie einen Impfausweis?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> unklar
Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> ja seit:	Jahren
Wie groß sind Sie? _____ cm			
Wieviel wiegen Sie? _____ kg			
Wurde bereits eine Darmspiegelung durchgeführt?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, wann?	_____

Nehmen Sie Medikamente ? Bitte auch Pille und freiverkäufliche Medikamente eintragen	

Wie haben Sie von uns erfahren?		
<input type="radio"/> Angehörige	<input type="radio"/> Freunde/Bekannte	<input type="radio"/> Telefonbuch
<input type="radio"/> Internet	<input type="radio"/> Zeitung	<input type="radio"/> Sonstiges:

Wer und wo war Ihr vorbehandelnder Arzt?

Platz für Ihre Anregung/Wünsche/ freie Notizen:

Beim nächsten Kontakt bitten wir Sie, falls vorhanden, Krankenhausbefunde, Facharztbefunde und Ihren Impfausweis mitzubringen.

Sprechen Sie uns bitte offen an bei Fragen und Problemen, denn es geht um die Erhaltung und den Schutz Ihrer Gesundheit.

Ihr Praxisteam Kommern