

Anamnesebogen

Sind Sie im **HZV** (Hausarztzentrierte Versorgung) eingeschrieben? **O Ja** **O Nein**

Name des Patienten:	Geburtsdatum:
E-Mail:	Tel:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus	☐	Bluthochdruck	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	Angina pectoris	☐
Lebererkrankung	☐	Sonstige Herzerkrankungen	☐
Nierenerkrankung	☐	Durchblutungsstörungen	☐
Erhöhte Blutfettwerte	☐	Krampfadern	☐
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	☐	Krebserkrankung	☐
Sonstige Erkrankungen:			

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:

1.
2.
3.
4.
5.

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:

1.
2.
3.

Leiden Sie an Allergien?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

1.
2.
3.
4.
5.

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

1.	2.
3.	4.

Aktuelle Beschwerden:

O Einverständniserklärung zur Befundweitergabe an Fachärzte

O Einverständniserklärung: Verordnungen – Abholung durch Familienangehörige/ Apotheke

Datum und Unterschrift

1. Vom Arzt auszufüllen: chron. Erkrankungen:

O Ja

O Nein

2. Neupatient, Aufnahme gewünscht:

O Ja

O Nein

Arzt: _____