

Anamnesebogen Praxis Dr. Wendler

Name, Vorname, Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
Berufliche Tätigkeit

1. Krankheitsvorgeschichte

1.1 Krankheiten/Behinderungen

Erläuterung (Häufigkeit, Zeitpunkt, Diagnosen)

ja nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

wiederholt Mandelentzünd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
wiederholt Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

ja unbek. nein Erläuter. (Häufigkeit, Zeitpunkt, Diagnosen)

Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Magen-Darm-Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Wirbelsäulen-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
andere Knochen-Gelenk-Kr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
andere Krankh./Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <hr/>

1.2

ja nein

Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <hr/>
			wann: <hr/>
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <hr/>

1.3

Unfälle welche: _____
wann: _____
noch Beschwerden/Folgen welche: _____

1.4.

Impfungen welche: _____
wann: _____

(bitte Impfausweis vorlegen)

Medikamente:

2. Familiengeschichte

Bei den Eltern und Geschwistern sind folgende Krankheiten/Behinderungen bekannt:

	ja	nein	
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche:

**Die Datenschutzbestimmungen der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen
(Praxismappe, Internetauftritt)**

**Im Falle einer Befundsanforderung durch Kliniken oder mitbehandelnde
Fachärzte bin ich mit einer entsprechenden Übermittlung über meinen
Hausarzt (bitte ankreuzen)**

- einverstanden**
 nicht einverstanden

Datum:

Unterschrift: