

Anamnesebogen

Erhebung Ihrer medizinischen Vorgeschichte



Hausärztliche
Praxis im Pelikanviertel
Dr. med. Eva-Maria Fliedner

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur bestmöglichen Behandlung und um einen genauen Überblick über Ihre medizinische Vorgeschichte zu bekommen, möchten wir Sie bitten, die folgenden Seiten auszufüllen.

Bitte teilen Sie uns zukünftig mit, wenn sich an Ihren Angaben etwas geändert hat.

Herzlichen Dank im Voraus.

Persönliche Angaben

Name	Vorname	
Straße	Wohnort	
Telefon	Mobil	
Telefon tagsüber	E-Mail-Adresse	
Geburtsdatum	Größe	Gewicht
Beruf / aktuell ausgeübte Tätigkeit		

Allgemeinmedizinische Fragen

Nikotin (Anzahl Zigaretten pro Tag)
Alkohol (was / welche Menge)
Kinderkrankheiten
Allergien
Operation (mit Jahr)
Regelmäßig eingenommene Medikamente
Bei Bedarf eingenommene Medikamente (auch frei verkäufliche)

Vorerkrankungen

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Herzinfarkt | ☐ |
| Schlaganfall | ☐ |
| Tumorerkrankung | ☐ |
| Bluthochdruck | ☐ |
| Asthma | ☐ |
| COPD (Raucherlunge) | ☐ |
| Hohe Blutfettwerte | ☐ |
| Gicht | ☐ |
| Zuckerkrankheit | ☐ |
| Gallenkrankheit | ☐ |
| Leberkrankheit | ☐ |
| Magenkrankheit | ☐ |
| Darmkrankheit | ☐ |
| Hautkrankheit | ☐ |
| Nierenkrankheit | ☐ |
| Rheuma | ☐ |
| Bauchspeicheldrüsenkrankheit | ☐ |
| Infektionskrankheit z.B. HIV | ☐ |
| Anfallskrankheit (Epilepsie) | ☐ |
| Psychische Erkrankung | ☐ |
| Herzkatheteruntersuchung | ☐ |
| wenn ja, welches Jahr | <input type="text"/> |

Sonstige Vorerkrankungen

Erkrankungen in der Familie

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| Herzinfarkt | ☐ |
| Schlaganfall | ☐ |
| Tumorerkrankung | ☐ |
| Zuckerkrankheit | ☐ |
| Hohe Blutfettwerte | ☐ |

Sonstige Erkrankungen in der Familie

Hausärztin / Hausarzt

Vorheriger Hausarzt (ggf. mit Adresse)

Soll die Anforderung Ihrer Krankenakte erfolgen Ja ☐ Nein ☐

Bitte lassen Sie regelmäßig
Ihren Impfausweis überprüfen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift

Wir bedanken uns für die Zeit, die Sie sich zum Ausfüllen genommen haben.
Ihr Praxisteam

Hausärztliche Praxis im Pelikanviertel | Dr. med. Eva-Maria Fliedner
Günther-Wagner-Allee 5 | 30177 Hannover
Telefon: 0511 98 59 15 31 | Fax: 0511 98 59 15 58 | E-Mail: dr.fliedner@hp-im-pelikanviertel.de
www.hp-im-pelikanviertel.de