vom Praxisteam auszufüllen

# KURZ-ANAMNESE-BOGEN

## LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir von Ihnen einige Informationen. Bitte ergänzen Sie die folgenden Angaben:

NAME: _____ VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____ BERUF: _____

GRÖSSE (CM): _____ GEWICHT (KG): _____ GESCHLECHT: W ☐ M ☐ D ☐

| IHRE GEWOHNHEITEN: | JA | NEIN | |
|---|---|---|---|
| Rauchen Sie? | ◯ | ◯ | Wieviel _____ Seit wann? _____ |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | ◯ | ◯ | Wie oft _____ Welchen? _____ |

| HABEN SIE... | JA | NEIN | WELCHE? |
|---|---|---|---|
| Chronische Krankheiten | ◯ | ◯ | _____ |
| Frühere Krankheiten | ◯ | ◯ | _____ |
| Frühere Operationen | ◯ | ◯ | _____ |
| Kinderkrankheiten | ◯ | ◯ | _____ |
| Einen Impfpass? | ◯ | ◯ | Wenn ja, bringen Sie ihn bitte mit. |

## NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

| WELCHE? | WIE OFT? | SEIT WANN? |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |