



MVZ
hausarzt
zentrum
plankstadt
GmbH

Dr. med. N. Neßling
Dr. med. C. Siefert-Ajtai

Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um Sie optimal behandeln zu können, benötigen wir Informationen über Ihre medizinische Vorgeschichte. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vorname: _____ Name: _____
Geburtsdatum: _____ Kinder: ___ E-Mail: _____
Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____
Telefon: _____ Handy: _____ Beruf: _____

In Notfällen zu benachrichtigen: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

	<u>Nein</u>	<u>Ja</u>	<u>Nähere Angaben:</u>
Rauchen Sie?	•	•	
Treiben Sie regelmäßig Sport?	•	•	
Hatten Sie Operationen/Unfälle?	•	•	_____
Haben Sie Allergien?	•	•	_____
Besitzen Sie einen Impfausweis?	•	•	Wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus



MVZ
hausarzt
zentrum
plankstadt
GmbH

Dr. med. N. Neßling
Dr. med. C. Siefert-Ajtai
Seite 1

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Erkrankung	Nein	Ja	Seit wann? Nähere Angaben:
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz / Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-/Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lunge (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenke/Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chronische Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gicht (Harnsäureerhöhung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

Erkrankung	Nein	Ja	Nähere Angaben:
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cholesterinerhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____