



Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihrer Gesundheit widmen können, benötigen wir noch Angaben über Ihre medizinische Vorgeschichte. Dies ist uns wichtig für eine adäquate und umfassende Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. Petra Krüger & Sylvia Münster

Reisemedizinische Beratung
Gelbfieber-Impfstelle

Goethestraße 35 | 50858 Köln-Weiden
Tel.: 02234 / 688 75 60 | Fax: 02234 / 688 75 70
Mail: info@hausaezrtinnen-koeln.de
Internet: www.hausaezrtinnen-koeln.de

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Familienstand: _____

Kinder: ja nein Anzahl: _____ Geburtsjahr(e) _____

Telefon privat: _____ Telefon mobil: _____

E-Mail: _____

Leiden Sie unter folgenden chronischen Erkrankungen?	ja	nein
Bluthochdruck _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt / Herzschwäche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung / Asthma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (z.B. Hepatitis / Leberzirrhose) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie / Anfallsleiden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star (Glaukom) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen: _____		

Bitte wenden!



Anamnesebogen für Neupatienten

ja nein

Wurden Sie schon einmal operiert? _____

Welche Operation wann? _____

Vorsorgeuntersuchungen: Koloskopie (Darmspiegelung) Gynäkologie Urologie

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? _____

Ernährungsform: Mischkost vegetarisch vegan

Rauchen Sie? _____

Wenn ja, wieviel? _____

Üben Sie regelmäßig Sport aus? _____

Wenn ja, welchen Sport? Und wie oft? _____

Wieviel Alkohol konsumieren Sie? _____

Vorerkrankungen in der Familie:

Schlaganfall Herzinfarkt Bluthochdruck Zuckerkrankheit Krebserkrankungen

Wer, in welchem Alter: _____

Sonstiges: _____

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis, falls vorhanden, zum ersten Termin mit!

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

ja nein

▶ Möchten Sie an regelmäßige Vorsorgetermine und fällige Impfungen schriftlich erinnert werden?

Datum: _____ Unterschrift: _____