

Anamnesebogen der Praxis Kindleb



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail (bitte in Druckbuchstaben!): _____

Bekannte Allergien: _____

Wichtige Dauerdiagnosen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Bitte tragen Sie diese in die Tabelle ein!

Medikament	Stärke	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Bitte notieren Sie ggf. weitere Medikamente auf einem gesonderten Blatt.

Impfungen

- Bitte bringen Sie uns Ihren Impfausweis zum nächsten mit, um Ihren aktuellen Impfstatus zu ermitteln.

Wann sind Ihre letzten Vorsorgeuntersuchungen erfolgt? Mit welchem Befund?

Gynäkologie/Urologie: _____

Darmspiegelung: _____

Hautkrebsscreening: _____

Weitere behandelnde Fachärzte/ Fachärztinnen: _____

Gibt es relevante Erkrankungen bei Ihren Familienangehörigen (Großeltern/Eltern/Geschwister)?
Wer ist betroffen? _____

Ausbildung/ aktuelle Tätigkeit: _____ Schichtarbeit: ☐ ja ☐ nein

Wenn Sie Rentner/Rentnerin sind, was haben Sie früher beruflich gemacht? _____

Tragen Sie eine Brille ☐ Lesebrille ☐ Hörgerät ☐

➤ Bitte bringen Sie das jeweilige Hilfsmittel zum nächsten Termin mit.

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden?

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Verhältnis zur Kontaktperson (z.B. Ehemann,...): _____

Bitte vereinbaren Sie mit dieser Person, dass die Kontaktdaten in unserer Praxis gespeichert werden dürfen.

Sind folgende Dokumente vorhanden? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Vorsorgevollmacht: ☐ Wer ist eingetragen? _____

Betreuungsverfügung: ☐ Wer ist eingetragen? _____

Patientenverfügung: ☐

➤ Bitte bringen Sie uns die Dokumente zum nächsten Termin mit!

Pflegegrad: _____ Hauskrankenpflege: _____

Schwerbehinderung: _____ Zuzahlungsbefreiung: _____

Datum

Unterschrift