

# 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!**

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:

Hautkrebscreening:

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