

ANAMNESEBOGEN

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon (Privat) _____

Telefon (mobil) _____

E-Mail _____

Beruf _____

Krankenversicherung _____

Körperliche Daten

Geb.-Datum _____ weiblich männlich

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Ich möchte mich von: _____
beraten bzw. behandeln lassen

Ich komme wegen folgender akuter oder chronischer Beschwerden bzw. habe einen Beratungswunsch

Bei mir sind folgende chronische Systemerkrankungen bekannt

- Herzkreislauf
- Atemwege
- Magen-Darm-Trakt
- Leber/Galle
- Niere/Harnwege
- Immunsystem
- Bewegungsapparat
- Haut
- Nervensystem/Psych
- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung
- Asthma bronchiale
- Allergie
- Epilepsie
- Sonstige, bitte ins Zusatzfeld eingeben!

Welche Systemerkrankungen bestehen bzw. bestanden in der Familie

- Herzkreislauf
- Atemwege
- Magen-Darm-Trakt
- Leber/Galle
- Niere/Harnwege
- Immunsystem
- Bewegungsapparat
- Haut
- Nervensystem/Psych
- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung
- Asthma bronchiale
- Allergie
- Epilepsie
- Sonstige, bitte ins Zusatzfeld eingeben!

ANAMNESEBOGEN Fortsetzung

Sind Allergien bekannt?

ja nein

Wenn ja, gegen welche Substanzen?
(Bitte ins Zusatzfeld eingeben!)

Besteht eine Schwangerschaft

ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

	Medikament (z.B. Ibuprofen)	Dosierung (z.B. 400 mg)	Verteilung über Tag (z.B. 1-0-1)
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Turgut Koca
Ulrike Stewien

Fachärzte für Allgemeinmedizin
Hausärztliche Versorgung, Akupunktur
Chirotherapie, Naturheilverfahren

Frohmestraße 28
22457 Hamburg

E-MAIL info@hausarztpraxis-schnelsen.de

TEL (040) 550 64 84
FAX (040) 559 43 02

Einverständnis „Recallsystem“ und E-Mail Kontakt

ja nein

Datum, Unterschrift

Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Wissen und Gewissen aus und geben ihn dann unterschrieben an der Rezeption ab. Vielen Dank!