

Anamnesebogen Praxis Dr. Keller

Name, Vorname, Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
Berufliche Tätigkeit

1. Krankheitsvorgeschichte

1.1 Krankheiten/Behinderungen

Erläuterung (Häufigkeit, Zeitpunkt, Diagnosen)

ja nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

wiederholt Mandelentzünd.	☐	☐	_____
wiederholt Bronchitis	☐	☐	_____
Allergien	☐	☐	_____
Asthma	☐	☐	_____

ja unbek. nein Erläuter. (Häufigkeit, Zeitpunkt, Diagnosen)

Hautkrankheiten	☐	☐	☐	_____
Augenkrankheiten	☐	☐	☐	_____
Ohrenkrankheiten	☐	☐	☐	_____
Magen-Darm-Niere	☐	☐	☐	_____
Wirbelsäulen-Krankheiten	☐	☐	☐	_____
andere Knochen-Gelenk-Kr.	☐	☐	☐	_____
Zuckerkrankheit	☐	☐	☐	_____
Herz-Kreislauf-Krankheiten	☐	☐	☐	_____
Anfallsleiden	☐	☐	☐	_____
andere Krankh./Behinderungen	☐	☐	☐	_____
	☐	☐	☐	welche: _____

1.2

ja nein

Operationen	☐	☐	welche: _____
			wann: _____
noch Beschwerden	☐	☐	welche: _____

1.3

Unfälle ☐ ☐ welche: _____
wann: _____
noch Beschwerden/Folgen ☐ ☐ welche: _____

1.4.

Impfungen ☐ ☐ welche: _____
wann: _____

(bitte Impfausweis vorlegen)

Medikamente:

2. Familiengeschichte

Bei den Eltern und Geschwistern sind folgende Krankheiten/Behinderungen bekannt:

	ja	nein
Allergie	☐	☐
Asthma	☐	☐
Hautkrankheiten	☐	☐
Zuckerkrankheit	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐
Herz-Kreislauf-Krankheiten	☐	☐
Anfallsleiden	☐	☐
andere Krankheiten	☐	☐ welche:

**Die Datenschutzbestimmungen der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen
(Praxismappe, Internetauftritt)**

**Im Falle einer Befundsanforderung durch Kliniken oder mitbehandelnde
Fachärzte bin ich mit einer entsprechenden Übermittlung über meinen
Hausarzt (bitte ankreuzen)**

- ☐ **einverstanden**
☐ **nicht einverstanden**

Datum:

Unterschrift: