



Anamnesebogen für Vertretungspatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient Name

Vorname Geb.-Datum

Anschrift Straße

Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Büro) (vorheriger) Beruf Tel. (Mobil)

..... Größe Gewicht

Grund Ihres Besuches heute bei uns: Nehmen

Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar):

Letzte Impfung?:.....Impfstatus komplett?..... Impfbuch vorhanden?.....

Gegen Corona geimpft?: ja/nein:

- 1 Impfung mitam.....
- 2 Impfung mitam.....
- 3 Impfung mitam.....

Dr.med.univ. Andreas Glaser
Facharzt für Allgemeinmedizin
Psychotherapie – Diabetologie – Suchtmedizin – Flugmedizin
Ulrichstrasse 6
73760 Ostfildern-Kemnat
Tel: 0711/ 456 7894 Fax: 456 7369
info@ostfildern-allgemeinmedizin.de
www.ostfildern-allgemeinmedizin.de



Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein Wenn ja, im wievielten Monat? _____

Operationen / Bestrahlung? ja / nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

Bluthochdruck Heuschnupfen Lebererkrankung/ Hepatitis Krebserkrankungen erhöhte Blutfette Asthma / COPD
Darmerkrankungen HIV Diabetes Nierenerkrankungen Thrombose Blutungsneigung Herzinfarkt/KHK
Schilddrüsenkrankung Gemütskrankheiten. Glaukom Schlaganfall Krampfanfälle sonstiges.....

Letzte Krebsvorsorge: Monat/JahrIm Hausarztmodell eingeschrieben? Ja/Nein –im Facharztprogramm eingeschrieben? Ja/Nein –

Sonstige Wünsche/Erwartungen.....

Ostfildern, Datum

Unterschrift des Patienten