



Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Judith Franz und Dr. med. Lutz Franz

Praktische Ärzte | FA für Allgemein- und Sportmedizin | Akupunktur

Anamnese-Bogen

Wir möchten Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können. Daher benötigen wir viele Informationen von Ihnen, wie z.B. zu Ihrer Krankheitsgeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in einem recht ausführlichen Anamnesebogen, der alle nötigen Fragen beinhaltet.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Größe in cm _____ Gewicht in kg _____

Beruf | Tätigkeit: _____ Krankenkasse: _____

Bei Bedarf kontaktieren Sie mich bitte:

per Telefon: _____

per E-Mail: _____

per Post: _____

Angaben zu Gewohnheiten

- Rauchen Sie? Ja Nein Wieviel? _____ Seit wann? _____
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein Wie oft? _____ Welchen? _____
- Haben Sie viel Stress? Ja Nein Wie oft? _____ Welchen? _____
- Treiben Sie Sport? Ja Nein Wie oft? _____ Welchen? _____
- Essen Sie frisches Gemüse? Ja Nein Wie oft? _____ Wieviel? _____
- Essen Sie regelmäßig Seefisch? Ja Nein Wie oft? _____ Wieviel? _____
- Essen Sie Fleisch und Wurst? Ja Nein Wie oft? _____ Wieviel? _____
- Schlafen Sie ausreichend? Ja Nein Stunden pro Nacht: _____

Angaben zu Beschwerden

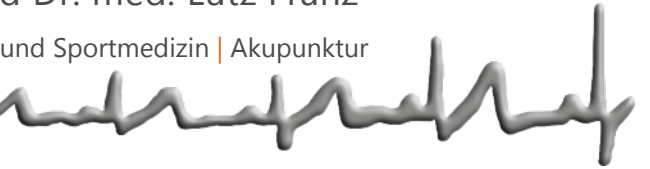
- Kopf | Hals | Schilddrüse | Zähnen: Ja Nein Welche? _____
- Herz | Kreislaufsystem: Ja Nein Welche? _____
- Lunge | Atemwegen: Ja Nein Welche? _____
- Magen | Darmsystem: Ja Nein Welche? _____
- Niere | Harnsystem | Genital: Ja Nein Welche? _____
- Knochen | Muskeln | Gelenken: Ja Nein Welche? _____
- Nerven: Ja Nein Welche? _____
- Haut: Ja Nein Welche? _____
- Sonstige Beschwerden: Ja Nein Welche? _____



Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Judith Franz und Dr. med. Lutz Franz

Praktische Ärzte | FA für Allgemein- und Sportmedizin | Akupunktur



Anamnese-Bogen

Fortsetzung

Angaben zu Krankheiten

- bestehende Krankheiten: Ja Nein Welche? _____
- frühere Krankheiten: Ja Nein Welche? _____
- frühere Operationen: Ja Nein Welche? _____
- erhöhter Blutdruck: Ja Nein Welche? _____
- Zuckerkrankheit: Ja Nein Welche? _____
- erhöhte Blutfette: Ja Nein Welche? _____
- Gicht: Ja Nein Welche? _____
- Allergien: Ja Nein Welche? _____
- Übergewicht: Ja Nein Welche? _____

Angaben zu Krankheiten in der Familie

- Herzerkrankungen: Ja Nein Verwandtschaftsgrad? _____
- Bluthochdruck: Ja Nein Verwandtschaftsgrad? _____
- Schlaganfälle: Ja Nein Verwandtschaftsgrad? _____
- Übergewicht: Ja Nein Verwandtschaftsgrad? _____
- Zuckerkrankheit: Ja Nein Verwandtschaftsgrad? _____
- Krebsleiden: Ja Nein Verwandtschaftsgrad? _____
- Rheuma: Ja Nein Verwandtschaftsgrad? _____
- Rücken- und Gelenkkrankheiten: Ja Nein Verwandtschaftsgrad? _____
- andere Krankheiten: Ja Nein Verwandtschaftsgrad? _____

Angaben zu Medikamenteneinnahme

Art des einzunehmenden Medikaments	Häufigkeit	Seit wann?

Besitzen Sie einen Impfausweis? Ja Nein Zuletzt geimpft am: _____

Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle, Therapien, Kuren:

Art	Datum

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____