

ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon (privat): _____

Telefon (mobil): _____

E-Mail: _____

Medizinische Vorgeschichte

Bitte kreuzen Sie an oder füllen Sie aus:

1. Bestehen Allergien? Wenn ja, welche:

2. Bestehende chronische Krankheiten:

3. Werden Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche:

4. Frühere Operationen oder Krankenhausaufenthalte:

5. Besteht eine Schwangerschaft (bei Frauen):

6. Sonstige relevante Gesundheitsinformationen:

Lebensstil

Rauchen: Ja Nein

Alkoholkonsum: Ja Nein

Sportliche Aktivitäten: Ja Nein

Berufliche Belastungen / Stress:

Familienanamnese

Gibt es in der Familie schwere oder chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche:

Sonstige Hinweise:

Patient / Patientin

Arzt / Ärztin

Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/anamnesebogen/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.