

## Anamnese

Sehr geehrte Patienten!

Ihre Krankengeschichte hilft uns bei Ihrer Behandlung. Bitte füllen Sie den Anamnesebogen vollständig aus.

Name, Vorname:	Datum:
Geburtsdatum:	Beruf:
Adresse:	Krankenkasse:
Größe:	Gewicht:
Tel.:	Bisheriger Hausarzt

1. **Jetzige Beschwerden:** \_\_\_\_\_

3. **Operationen**

2. **Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?**

- a) Typhus/Para-Typhus/Ruhr
- b) Tuberkulose (Tbc)
- c) Grüner Star, Glaukom
- d) Oft Nasen-Nebenhöhlenentzündungen
- e) Schilddrüsenerkrankungen
- f) Lungenerkrankungen

4. **Röntgen**

Welche ?

5. **Auslandsaufenthalte der letzten 12 Monate**

g) **Allergien**   
Welche?

6. **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, inklusive Hormone**

- h) Hoher Blutdruck
- i) Schlaganfall, Lähmungen
- j) Herzinfarkt
- k) Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleide
- l) Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose Offene Beine
- m) Magen- oder Darmerkrankungen
- n) Leber- oder Gallenerkrankungen
- o) Nieren- oder Blasenerkrankungen
- p) Prostataerkrankungen
- q) Gehäuftes od schwieriges Wasserlassen
- r) Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane
- s) Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane
- t) Erkrankungen nach Sexualkontakt
- u) Nervöse Beschwerden, Depressionen
- v) Epilepsie
- w) Zuckererkrankung
- x) Gicht
- y) Rheumatische Erkrankungen
- z) Fibromyalgie
- aa) Wirbelsäulenerkrankungen und Schäden
- bb) Kriegsverletzungen, Arbeitsunfälle
- cc) Bluterkrankungen
- dd) Krebs
- ee) Andere Erkrankungen ?

7. **Suchterkrankungen, welche?**

8. **Sport**

9. **Chronische Erkrankungen im engen Familienkreis**

**Blatt bitte wenden**

**Berufsanamnese:**

Arbeitgeber:

Beruf/Tätigkeit:

Arbeitszeit wöchentlich:

Tätigkeit überwiegend: (bitte ankreuzen) körperlich/sitzend/stehend/geistig

**Schweigepflichtentbindungserklärung**

**Schweigepflichtentbindungserklärung**

Hiermit entbinde ich folgende Ärzte

1. Ärztliche Gemeinschaftspraxis Bingen

von ihrer Schweigepflicht gegenüber

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

und erkläre mich damit einverstanden, dass diese Personen von mir persönlich angeforderte Unterlagen (Rezepte, Befunde) in meinem Auftrag erhalten dürfen.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt bis auf Widerruf.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten  
bzw. des Betreuers)