

Anamnesebogen

Sind Sie im **HZV (Hausarztzentrierte Versorgung)** eingeschrieben? Ja Nein

| | |
|---------------------|---------------|
| Name des Patienten: | Geburtsdatum: |
| E-Mail: | Tel: |

| Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? | | | |
|---|-------------------------------|--|--------------------------|
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Angina pectoris | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> | Sonstige Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> | Krampfadern | <input type="checkbox"/> |
| Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen: | | | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? | | Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf: | |
| Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | 1. | |
| | | 2. | |
| | | 3. | |
| | | 4. | |
| | | 5. | |
| Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? | | Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf: | |
| Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | 1. | |
| | | 2. | |
| | | 3. | |
| Leiden Sie an Allergien? | | Wenn ja, listen Sie diese bitte auf: | |
| Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | 1. | |
| | | 2. | |
| | | 3. | |
| | | 4. | |
| | | 5. | |
| Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? | | | |
| 1. | | 2. | |
| 3. | | 4. | |
| Aktuelle Beschwerden: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- Einverständniserklärung zur Befundweitergabe an Fachärzte
- Einverständniserklärung: Verordnungen – Abholung durch Familienangehörige/ Apotheke

Datum und Unterschrift

1. Vom Arzt auszufüllen: chron. Erkrankungen: Ja Nein
2. Neupatient, Aufnahme gewünscht: Ja Nein
- Arzt: _____