

Anamnesebogen

Name, Vorname	
Adresse, PLZ	
E-Mail	
Telefon/ Mobil	
Geburtsdatum	
Größe/ Gewicht	
Grund des Arztbesuchs	
Eigenanamnese (Krankenhausaufenthalt, Wann, Wo, Warum) Medikamente	
Familienanamnese (Krebs, Migräne, Diabetes mellitus, Schlaganfall, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung, Rheuma, Asthma)	
Allergie (chemisch, Physikalisch, Pollen, Nahrungsmittel, Medikamente)	
Familienstand	
Sport	
Beruf	
Nikotin	
Impfstatus (Impfpass vorhanden?, letzte Impfung?)	
Darmspiegelung	
Erinnerung/ Rückruf Ja/Nein	
Auf Empfehlung von ?	

Erklärung und Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und bearbeitet werden.

Ja

nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben sowie, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter)