

Dr. med. Kathrin Strob
 Badstraße 14b
 91301 Forchheim
 Tel. 09191-2595
 BSNR: 658031800



Anamnesebogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____ Telefon-Nr.: _____
 e-mail: _____ Beruf: _____
 bisheriger Hausarzt: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Rauchen Sie? Ja nein wenn ja, wie viel am Tag: _____

Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten? Ja nein

Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen oder traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen / Infektionen auf?

	Ja	nein	Verw. (1. Grades)
Bluthochdruck			
Niedriger Blutdruck			
Lebererkrankungen			
Krebserkrankungen			
Rheuma			
Thrombose			
Nierenerkrankungen			
Krampfadern / Krampfanfall			
Osteoporose			
Depressionen			
Epilepsie			
Knie - / Hüftarthrose			
Schlaganfall			
Diabetes mellitus Typ I			
Diabetes mellitus Typ II			
Schilddrüsenerkrankungen			
Asthma/ COPD			
Bandscheibenvorfall			
Gerinnungsstörung			

	Ja	nein	Verw. (1. Grades)
Lungenembolie			
Durchblutungsstörungen			
Gicht			
Magenschleimhautentzündungen			
Magengeschwüre			
neurolog. Erkrankungen (z.B. MS, M. Parkinson)			
Infektionen (z.B. HIV, Hepatitis, Gürtelrose)			
Herzerkrankungen			

Wurden bei Ihnen schon Operationen durchgeführt, wenn ja: welche / wann

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein?

Wenn ja, welche / Art / Stärke / Dosierung:

Name	Art	Stärke	Dosierung

Wann war Ihr letzter Check up ab 35 Jahren? _____

Wann haben Sie allg. Vorsorgeuntersuchungen, wie z.B. Hautkrebscreening / Darmkrebs durchführen lassen: _____

Nur für Frauen:

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja nein

Datum

Unterschrift des Patienten / bzw. gesetzlicher Vertreter

Diese Informationen dienen nur zu Dokumentationszwecken und werden an keine dritten weitergegeben.