



Dr. med.

Ulrike Bielzer

Fachärztin für Innere Medizin

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in meiner Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Nach- / Vorname
Geburtsdatum
Straße, Hausnr.
PLZ, Ort
Telefon / Mobiltelefon

Persönliche Angaben

Rauchen Sie? Ja Nein

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Körpergröße
Aktuelles Gewicht

Wieviel pro Tag
Seit wieviel Jahren

Wie oft pro Woche
Was tun Sie

Sind Sie Schwanger? Ja Nein

Patientenverfügung? Ja Nein

Nehmen Sie die Pille? Ja Nein

Schwerbehinderung? Ja Nein

Pflegegrad

Haben Sie Allergien?

Hilfsmittel?

Weiter auf Seite 2



Krankengeschichte

Hatten Sie Operationen oder Bestrahlungen?

Welche?	Wann?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Medikamente, Stärke	Dosis, Wieviel

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Trat in Ihrer direkten Verwandtschaft eine dieser Erkrankungen auf?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das ausliegende Informationsblatt zum Datenschutz nach DSGVO vom 25. Mai 2018 habe ich gelesen und verstanden. Mit der Verarbeitung meiner Daten in den genannten Bereichen bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Datum

Unterschrift