



# Neupatienten

## Anamnesebogen

Name, Vorname:

Datum:

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine erfolgreiche Behandlung ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig. Beantworten Sie deshalb bitte die folgenden Fragen so gut wie möglich.

Kontaktdaten

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Wohnort:

Straße, Hausnummer:

Email-Adresse:

Telefon:

Beruf:

Größe | Gewicht:                      cm                      kg

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Magen- oder Speiseröhrenerkrankung | <input type="radio"/> Bluthochdruck                         |
| <input type="radio"/> Darmerkrankung                     | <input type="radio"/> Rhythmusstörungen                     |
| <input type="radio"/> Krebserkrankung                    | <input type="radio"/> Herzerkrankung                        |
| <input type="radio"/> Leber- oder Nierenerkrankung       | <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen   Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Rheuma                             | <input type="radio"/> Thrombose                             |
| <input type="radio"/> Erhöhte Blutfettwerte              | <input type="radio"/> Diabetes                              |
| <input type="radio"/> Osteoporose                        | <input type="radio"/> Atemwegserkrankungen                  |
| <input type="radio"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten  | <input type="radio"/> Neurologische Erkrankungen            |
| <input type="radio"/> Schlafstörungen                    | <input type="radio"/> Psychische Erkrankungen               |



# Neupatienten Anamnesebogen

Name, Vorname:

Datum:

Sonstige Erkrankungen? Wenn ja, listen Sie diese bitte auf.

Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, listen Sie diese bitte auf.

Ja  Nein

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?

Ja  Nein

Vorsorge: Für Frauen - Gehen Sie regelmäßig zur gynäkologischen Vorsorge?

Ja  Nein

Wurden bisher Familienangehörigen Darmkrebs- oder Polypen-Erkrankungen festgestellt? Wenn ja, bei wem und in welchem Alter?

Ja  Nein

Wurde bisher eine Koloskopie (Darmspiegelung) durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Ja  Nein

Wurde bisher eine Gastroskopie (Magenspiegelung) durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Ja  Nein



# Neupatienten Anamnesebogen

Name, Vorname:

Datum:

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, listen Sie diese bitte auf.

Ja                       Nein

Rauchen Sie?

Ja                       Nein

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, welche und wie viel?

Ja                       Nein

Wurden Sie bereits operiert? Wenn ja, listen Sie diese bitte auf.

Ja                       Nein



# Neupatienten

## Anamnesebogen

Name, Vorname:

Datum:

Welche Erkrankungen Ihrer Eltern, Geschwister oder Großeltern sind Ihnen bekannt? Oder woran sind diese verstorben?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ1         | <input type="radio"/> Bluthochdruck                        |
| <input type="radio"/> Krebserkrankung                | <input type="radio"/> Vorhofflimmern                       |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung         | <input type="radio"/> Angina pectoris   Herzinfarkt        |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung                | <input type="radio"/> Sonstige Herzerkrankungen            |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung               | <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen               |
| <input type="radio"/> Erhöhte Blutfettwerte          | <input type="radio"/> Schlaganfall                         |
| <input type="radio"/> Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) | <input type="radio"/> Rheuma                               |
| <input type="radio"/> Atemwegserkrankungen           | <input type="radio"/> Sonstige Erkrankungen (bitte nennen) |

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden? Listen Sie diese bitte auf.



Dr. med. M.A. phil. **Rajiv Aurora**  
Facharzt für Innere Medizin & Gastroenterologie



# Neupatienten

## Anamnesebogen

Name, Vorname:

Datum:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Warum haben Sie sich für uns entschieden?

Zeigen Sie uns bitte Ihren Impfausweis, damit wir Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit prüfen können und sie an fällige Impfungen erinnern können. Wenn Sie den Ausweis nicht dabei haben, bringen Sie ihn bitte zum nächsten Besuch mit!

Haben Sie Fragen? Bitte sprechen sie uns an.