



Schwerpunktpraxis  
Diabetes & Rheuma  
Wilmsdorf  
Mecklenburgische Str. 20  
10713 Berlin

## Anamnesebogen

Datum: \_\_\_\_\_

### Patient:

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie eine Person an, die wir im Notfall benachrichtigen können:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Grund des Besuchs / aktuelle Beschwerden?

---

---

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie in welcher Dosierung und wie häufig ein?

Medikament	morgens	mittags	abends	seit wann ?

Welche Berufe übten / welchen Beruf üben Sie aktuell aus?

---

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  
Wenn ja, welche?

Ja

Nein

---

Besitzen Sie einen Impfpass?

Ja

Nein

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Trinken sie täglich Alkohol?

Ja

Nein

Wurden Sie schon einmal operiert?  
Wenn ja wann und welche Operation?

Ja

Nein

---

---

### Familienanamnese:

Gibt es in Ihrer Familie, insbesondere bei Verwandten 1. Grades, eine der folgenden Erkrankungen:

	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche:

---

---

Bei welchen anderen Ärzten sind Sie noch in Behandlung?

---

---

### Nur von Frauen auszufüllen:

Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche sind sie?

\_\_\_\_\_

Wer ist Ihr/e betreuende/r Gynäkologe/In

\_\_\_\_\_

Haben sie bereits ein Kind/Kinder?

Ja

Nein