



Anamnese- Fragebogen für Patienten (10/2012)

Vor- und Nachname _____ geb. am _____
Patient <input type="checkbox"/> / Erziehungsberechtigter <input type="checkbox"/> _____ gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/>
Name in Blockschrift: _____
Krankenkasse: _____
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eine Kontaktaufnahme durch die Praxis Dr. med. M. Klein / Dr. med. K.-U. Oehler und Petra Kreienkamp erfolgt, bzw. ärztliche Befundberichte weitergeleitet werden an: _____
Hiermit versichere ich, dass die oben genannten Angaben vollständig und richtig sind:
Datum: _____ Unterschrift: _____ <small>Patient / gesetzlicher Vertreter bei Pat. unter 18 Jahren</small>

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient: Bitte versuchen Sie, alle Fragen genau zu beantworten, umso besser können wir Ihnen helfen.

Welche Beschwerden haben Sie (Grund Ihres Besuches hier)?

WICHTIG! Welche **Medikamente** nehmen Sie? In welcher Dosierung?

Medikament: _____ Dosierung: _____
Medikament: _____ Dosierung: _____
Medikament: _____ Dosierung: _____
Medikament: _____ Dosierung: _____
Medikament: _____ Dosierung: _____

BITTE WENDEN! 



Leiden Sie unter:

(Bitte ankreuzen!)

Epilepsie

Kopfschmerzen

Fettstoffwechselstörung

multiple Sklerose

Schlafstörungen

Depressionen, Ängste

Diabetes mellitus

Zustand nach Herzinfarkt oder Schlaganfall

Schwindel

unruhige Beine

Kraftlosigkeit

Kribbelgefühlen

anderen Symptomen, welche _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Trinken Sie Alkohol, wie viel?

Nikotin pro Tag: _____

Alkohol pro Tag: _____

Sind Sie krank geschrieben? Seit wann? Beziehen Sie Rente?

Fahren Sie Auto? Haben Sie einen Führerschein?

Haben wir irgendetwas zu fragen vergessen? Was ist Ihnen noch wichtig uns mitzuteilen?
