



Anamnesebogen

Praxis für Allgemeinmedizin
Dr. med. Carmen Wörz
und Ärzte-Team

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum _____

Straße, PLZ: _____

Telefonnummer/Handy: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Leiden Sie an einer folgenden Erkrankung?

Diabetes mellitus	Bluthochdruck
Schilddrüsenerkrankung	Angina pectoris
Nierenerkrankung	Sonstige Herzerkrankungen
Erhöhte Blutfettwerte	Durchblutungsstörungen
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	Krampfadern
Lebererkrankung	Krebserkrankung
Sonstige Erkrankung	

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

1.
2.
3.
4.
5.

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeit?

Ja Nein Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

1.
2.
3.

Leiden Sie an Allergien?

Ja Nein Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

1.
2.

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt _____

Aktuelle Beschwerden? _____