



Hausarzt – Zentrum Mühlhausen

Dr. Claudia Colberg- Göbel · Krystin Ewert- Krumrich · Dr. Jacqueline Merz
FÄ für Allgemeine- und Innere Medizin



Anamnesebogen

(Zutreffendes bitte ankreuzen/ ausfüllen! Fax: 03601/ 403665 Impfausweis und Medikamentenplan bitte mitbringen)

Name: _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____

Telefonnummer: mobil: _____ **privat:** _____

Adresse: _____

e-Mail: _____

Beruf: _____ *o berentet (ehemals: _____)*

Familienstand: *o ledig o verh. o gesch. o verwitwet*

Eigene Kinder: *o nein o ja* **Anzahl:** _____

Angehöriger: Name: _____ **Telefonnummer:** _____

Wann war die letzte Krebsvorsorge-/Check up - Untersuchung? *o Noch nie o ja: Jahr: _____*

Gewicht: _____ **Größe:** _____

Stuhlgang: *o regelmäßig o chronische Verstopfung o chron. Durchfälle o Blut im Stuhl*

Wasserlassen: *o Normal o dunkel o blutig o schmerzhaft o nachts, ja wie oft: _____*

Alkohol: *o Nein (allenfalls gelegentlich) o Ja, regelmäßig was: _____*

Nikotin: *o Nein o Ja, regelmäßig pro Tag: _____/Zigaretten*

Allergien/Unverträglichkeiten: *o Nein*

o gegen Medikamente, (Welche/ Reaktion?): _____

o gegen Narkosemittel, welche?: _____ o gegen Lebensmittel: _____

o andere: o Jod o Kontrastmittel o Pflaster o Pollen Welche? _____

Unfälle (Was? Wann?):

Operationen (Was? Wann?):

Wollen Sie an unserem praxisinternen Erinnerungssystem (Recall/SMS) teilnehmen und an wichtige Termine, wie z.B. Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen, erinnert werden? *o Ja o Nein*



Hausarzt – Zentrum Mühlhausen

Dr. Claudia Colberg- Göbel · Krystin Ewert- Krumrich · Dr. Jacqueline Merz
FÄ für Allgemeine- und Innere Medizin



Erkrankungen	Eigene Erkrankung (Seit wann ?)	Vater	Mutter	Bruder	Schwester	Oma	Opa	Onkel	Tante
Zuckerkrankheit Diabetes mell.	<input type="radio"/> seit: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/> seit: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/> seit: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/> seit: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/> seit: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COPD	<input type="radio"/> seit: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gicht	<input type="radio"/> seit: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krampfleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> seit: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Erkr. Welche?	<input type="radio"/> seit: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frauenärztl. Erkr. Welche?	<input type="radio"/> seit: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankung Welche?	<input type="radio"/> seit: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges:	<input type="radio"/> seit: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Medikament (inkl. Vitamine und andere Nahrungsmittelergänzungsstoffe):	Dosis	morgens	mittags	abends

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Familie/Bekannte anderem Arzt/Ärztin Internet

Mühlhausen, den _____ Unterschrift: _____