



Praxis Dr. med. Dorothea Krallinger

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Patient _____

Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____

Anschrift _____

Straße _____ Hausnr. _____ PLZ _____ Wohnort _____

Tel. Privat Tel. mobil

Größe Gewicht

Jetzige Beschwerden

Leiden Sie an Allergien () ja () nein wenn ja welche?.....

Haben Sie Medikamentenunverträglichkeiten () ja () nein wenn ja welche?.....

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen ?

- | | | | |
|---------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------|
| () Bluthochdruck | () Thrombose | () Schlaganfall | () Herzinfarkt |
| () Lebererkrankung | () Nierenerkrankung | () Asthma | () Diabetes |
| () Krebserkrankung | () Schilddrüsenerkr. | () Krampfadern | () Blutungsneigung |
| () Hepatitis | () Reizdarm | () Gallensteine | () Depression |
| () Rheuma | () Hautkrankheit | () Andere Krankheiten | |

.....

.....

