



# PARACELSUS GESUNDHEITSZENTRUM

**Hausärztliche / Internistische Gemeinschaftspraxis**

Dr. M. Attarbashi - G.Barth - Dr.H.Buermann - Dr.G.Castan - Chr.Feldmann - Dr.C.Steen

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient ! Damit wir Sie in allen Fragen zu Ihrer Gesundheit optimal beraten können, ist es für uns wichtig, möglichst genaue Informationen über Ihre Befindlichkeitsstörungen, Ihre Krankheitsvorgeschichte, Ihr Lebensumfeld und Ihre familiäre Vorgeschichte zu erhalten. Bitte füllen Sie nachstehenden Fragebogen so genau wie möglich aus, ggf. helfen Ihnen die Mitarbeiterinnen unseres Praxisteam. Selbstverständlich werden diese Informationen streng vertraulich behandelt.

\_\_\_\_\_  
Patientenname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Alter in Jahren : \_\_\_\_\_ , Größe: \_\_\_\_\_ cm , Gewicht: \_\_\_\_\_ kg, Beruf: \_\_\_\_\_

Angehörige (Kinder): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Haben Sie Beschwerden an**

	ja	nein	weiß nicht	welche
Herz/Kreislaufsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kopf/Hals/Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zähnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lunge/Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen/Darmsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niere/Harnwege/Genitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gehirn/Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muskeln/Gelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

