

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Anamnese-Fragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus.
Sollte Ihnen ein Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
☐ männlich ☐ weiblich Größe (in cm): _____ Gewicht (in kg): _____
Straße: _____ Wohnort: _____
E-Mail Adresse: _____
Handy-Nr.: _____ Festnetz-Nr.: _____

HATTEN SIE FOLGENDE KINDERKRANKHEITEN ?

Masern ☐ ja ☐ nein Mumps ☐ ja ☐ nein Windpocken ☐ ja ☐ nein
Röteln ☐ ja ☐ nein Scharlach ☐ ja ☐ nein

VORERKRANKUNGEN

Anfallsleiden (Epilepsie)	☐ ja ☐ nein	Atemwegserkrankung	☐ ja ☐ nein
Bluterinnungsstörung	☐ ja ☐ nein	Diabetes Mellitus	☐ ja ☐ nein
Herz-Kreislauf-Erkrankung	☐ ja ☐ nein	Herzinsuffizienz	☐ ja ☐ nein
Herzrhythmusstörung	☐ ja ☐ nein	Herzschrittmacher	☐ ja ☐ nein
Hypertonie	☐ ja ☐ nein	Hypertonie	☐ ja ☐ nein
Lebererkrankung	☐ ja ☐ nein	Magenerkrankung	☐ ja ☐ nein
Nierenerkrankung	☐ ja ☐ nein	Osteoporose	☐ ja ☐ nein
Psychische Erkrankung	☐ ja ☐ nein	Rheumatoide Arthritis	☐ ja ☐ nein
Schilddrüsenerkrankung	☐ ja ☐ nein	Immunmangelsyndrom	☐ ja ☐ nein
Harnsäurestoffwechselstörung (Gicht)	☐ ja ☐ nein		
Tumorerkrankungen (Wenn ja, welche?)	☐ ja ☐ nein		

HATTEN SIE OPERATIONEN ?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? Wann? _____

HABEN SIE ALLERGIEEN ?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____

BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT ?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche Woche? _____

Adresse

Praxis dr. med. Marwa Basalama
Schirmerstraße 6, 40211 Düsseldorf
www.hausarzt-basalama.de

Kontakt

Tel.: 0211 – 515 0 191
Fax.: 0211 – 515 0 192
Mail: praxis@hausarzt-basalama.de

Öffnungszeiten

Mo., Di., Do.: 8:00–16:00 Uhr
Mi., Fr.: 8:00–13:00 Uhr

RAUCHEN SIE ODER TRINKEN SIE ALKOHOL ?

Rauchen ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Alkohol ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wie oft? ☐ täglich ☐ ab und zu ☐ _____

DAUERMEDIKATION

Name	Milligramm/Hub	morgens/mittags/abends

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAMKEIT ?

☐ Freunde/Familie/Bekannte ☐ Internet ☐ Anzeige/Werbung ☐ Sonstige _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns natürlich streng vertraulich behandelt

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten

Unterschrift und Stempel der Praxis

Adresse

Praxis dr. med. Marwa Basalama
Schirmerstraße 6, 40211 Düsseldorf
www.hausarzt-basalama.de

Kontakt

Tel: 0211 – 515 0 191
Fax: 0211 – 515 0 192
Mail: praxis@hausarzt-baslama.de

Öffnungszeiten

Mo., Di., Do.: 8:00–16:00 Uhr
Mi., Fr.: 8:00–13:00 Uhr