



## Anamnesebogen

Ordination Dr. Martin Hofer

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen zu unserer Unterstützung vor Ihrer Untersuchung aus. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich auch gerne an eine unserer Mitarbeiterinnen. Vielen Dank!

Name	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefonnummer	
Hausärztin/ Hausarzt	

Nikotin	ja	Zig/Tag:	nein, aber früher	Zig/Tag:	nie
Alkohol	Nie	selten	gelegentlich	regelmäßig	Alkohol/Tag
Körpergröße:	cm		Körpergewicht:	kg	

Leiden Sie oder jemand aus Ihrer Familie an einer der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	ja	nein	familiär
Herzkrankheit	ja	nein	familiär
Zuckerkrankheit	ja	nein	familiär
Nierenerkrankung	ja	nein	familiär
Fettstoffwechselstörung (Cholesterin)	ja	nein	familiär
Krebserkrankung	ja	nein	familiär
Magenerkrankung	ja	nein	familiär
Darmerkrankung	ja	nein	familiär
Harnsäurestoffwechselstörung / Gicht	ja	nein	familiär
Gelenkserkrankung / Rheuma	ja	nein	familiär
Hautkrankheit	ja	nein	familiär
Leberentzündung (Hepatitis)	ja	nein	familiär
Lungenerkrankung	ja	nein	familiär
Asthma	ja	nein	familiär
COPD	ja	nein	familiär



Krampfadern	ja	nein	familiär
Psychische Erkrankung (welche?)	ja	nein	familiär
Schilddrüsenerkrankung	ja	nein	familiär
Anfallsleiden/Epilepsie	ja	nein	familiär
Allergien	ja	nein	familiär
Wenn ja, welche?	ja	nein	familiär
Long-COVID	ja	nein	familiär
Sonstige Erkrankungen:			

### Vorsorgeuntersuchungen

Allgemeinmedizin	ja	nein	Wenn ja, wann?
Dermatologie	Ja	nein	Wenn ja, wann?
Urologie	Ja	nein	Wenn ja, wann?
Gynäkologie	Ja	nein	Wenn ja, wann?
Mammographie	Ja	nein	Wenn ja, wann?
Internist	Ja	nein	Wenn ja, wann?
Magenspiegelung	Ja	nein	Wenn ja, wann?
Darmspiegelung	Ja	nein	Wenn ja, wann?
Herzkatheter	Ja	nein	Wenn ja, wann?
Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt?	Wenn ja, welche:		

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_