



Anamnesefragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrer Konsultation bei Herrn Dr. Dickopf aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine Mitarbeiterin unseres Teams gerne behilflich sein.

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ **männlich:** _____ **weiblich:** _____
Straße: _____ **PLZ:** _____ **Stadt:** _____
Tel. (privat): _____ **(geschäftlich):** _____
Tel. (mobil): _____ **E-mail:** _____
Krankenkasse: _____

Aktuelle Beschwerden? _____

Vorerkrankungen/-operationen? _____

Appetit? _____ **Essen?** _____ **Trinken?** _____
Stuhlgang? _____ **Wasserlassen?** _____ **Schlafen?** _____

Größe? _____ **Gewicht?** _____ **Allergie?** _____
Impfstatus? _____

Zigaretten? _____ **Alkohol?** _____

Medikamente? _____

Familiäre Vorerkrankungen? _____

Sonstiges: _____

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

Ihr Praxisteam Dr. Matthias Dickopf