



Gemeinschaftspraxis Aicha

Dr. med. Martin Seidl
Hofmarkstraße 8
94529 Aicha vorm Wald
Tel. 08544 / 30 99 670
Fax 08544 / 30 99 67 99

ANAMNESEBOGEN

Persönliche Daten

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ Geburtsname: _____

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Blutgruppe: _____ (falls bekannt)

Kontakt Daten

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Festnetz: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Beruf & Arbeitgeber

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Medizinische Basisangaben

Sind Sie Raucher? ☐ Nein ☐ Ja, Zigaretten/Tag: _____

Bei Hausarzt-Wechsel: vorheriger Hausarzt:

Chronische Erkrankungen (Mehrfachauswahl möglich)

☐ Asthma ☐ COPD ☐ Krebs ☐ Diabetes ☐ KHK

Medizinische Zusatzangaben

Teilnahme an einem DMP (Curaplan) bei einem anderen Arzt? ☐ Ja ☐ Nein

Wann fand der letzte Check-up statt? _____

Allergien & Operationen

Bestehen bei Ihnen Allergien?

Fanden bei Ihnen Operationen statt? Wenn ja, welche?

Medizinische Hilfsmittel

Zahnprothese: ☐ Ja ☐ Nein

Gelenkprothese: ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, wo?: _____

Herzschrittmacher: ☐ Ja ☐ Nein

Brille / Kontaktlinsen: ☐ Ja ☐ Nein

Hörhilfe: ☐ Ja ☐ Nein

Pflege & Unterstützung

Pflegegrad vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, welcher: _____

Pflegedienst vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welcher: _____

Rechtliches & Vorsorge

Schwerbehindertenausweis / GdB vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wieviel Prozent / Merkzeichen: _____

Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Erinnerung & Kontaktaufnahme

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine erinnern? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, auf welchem Weg? ☐ Telefon ☐ E-Mail ☐ Brief

Unterschrift

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____