



Unser Anamnesebogen ermöglicht eine optimale Diagnostik im Rahmen unserer Sprechstunde:

Sie können den Anamnesebogen in Ruhe zu Hause ausfüllen und zum ersten Termin (oder evtl. später) in die Praxis bringen.

**Xenia Gerassimoff**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Sie sind gebittet, Patienten, sehr geehrten Patienten,  
nachdem wir kommen in unserer Praxis, die wichtigsten Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit, bitten Sie sich bei einer Register nicht vorher sein, machen Sie bitte ein Fragebogen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments.

**Patient**

Name	Vorname	Geb. Datum
Strasse	Hausnummer	Postleitzahl
Tele (Privat)	E-Mail	Wohnort
Tele (Mobil)	Handy / Handy	
Tele (Büro)	Gebäude	Quadrat

**Mehrere Angehöriger**

Name	Vorname	Telefonnummer
------	---------	---------------

**Trinken Sie Kaffee?**  Ja  Nein  1-2 Tassen/Tag  3-5 Tassen/Tag

**Trinken Sie Alkohol?**  Ja  Nein  Ja, 1-2 Mal/Woche  Ja, 3-4 Mal/Woche

**Rauchen Sie?**  Ja  Nein  Ja, gelegentlich  Nein, nie vor dem Tag?  Ja  Nein

**Schwächen Sie?**  Ja  Nein  Sind erbliche Nierenerkrankungen bekannt?  Ja  Nein

**Trinken Sie Sport?**  Ja  Nein  Wenn ja, welche und wie oft?

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?**  Ja  Nein  Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche?

**Operationen: Bestrahlung / Chemotherapie?**  Ja  Nein  Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergien?**  Ja  Nein  Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Sind Sie Schwanger?**  Ja  Nein  Geburten Kinder: \_\_\_\_\_ Kinderwunsch  Ja  Nein

**Sind Sie Diätisch / Diätetisch / Diätische Behandlung / Diätetisch?** \_\_\_\_\_

**Waren Sie in den letzten 12 Monaten außerhalb der EU auf Reisen?** \_\_\_\_\_

**Bestimmte Vorerkrankungen?**  Ja  Nein  Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Hat eine Berufskrankheit bekannt?**  Ja  Nein  Wenn ja, welche \_\_\_\_\_