



**GESUNDHEITSPRAXIS**  
Witkiewicz

**Aufnahmebogen für Neupatienten**

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Ihre Personalien**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

**Familienanamnese (Eltern, Geschwister, Kinder)**

Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes mellitus, Schilddrüse)

\_\_\_\_\_

Krebserkrankung \_\_\_\_\_

Herzerkrankung \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankung

Tuberkulose

Allergie \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Eigenanamnese**

Körpergröße:            cm

Gewicht:            kg

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Kinderkrankheiten)

Welche? \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes mellitus, Schilddrüse)

\_\_\_\_\_

Nierenerkrankung \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankung

Krampfleiden (z.B. Epilepsie) \_\_\_\_\_

Bluterkrankung/Gerinnungserkrankung \_\_\_\_\_

- Hauterkrankung \_\_\_\_\_
- Allergie \_\_\_\_\_
- Erkrankung der Wirbelsäule/ des Bewegungsapparates
- Sonstige Erkrankung \_\_\_\_\_
- Heilverfahren/Kur \_\_\_\_\_
- Vorsorgeuntersuchungen (Magen-/Darmspiegelung, gynäkologisch, urologisch)

Besteht eine ständige ärztliche Behandlung? Wenn ja, warum?

---

---

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Dosierung?

---

---

---

Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann und wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

### **Bei Frauen**

Besteht eine Schwangerschaft? In welcher Woche? \_\_\_\_\_

Stillen Sie zur Zeit? \_\_\_\_\_

Bitte reichen Sie uns diesen Anamnesebogen ausgefüllt ein.

Bei einem Ersttermin bringen Sie bitte Ihren Impfausweis mit.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in, Sorgeberechtigte/r