

Anamnesebogen  
Selbstauskunftsbogen vor Behandlungsbeginn

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ , wohnhaft: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Ich nehme bereits an der hausarztzentrierten Versorgung Baden-Württemberg teil:**

ja       nein

Raucher:  ja    nein

Frühere Krankheiten: \_\_\_\_\_

Hoher Blutdruck?

Zuckerkrankheit?

Hohe Blutfettwerte?

Operationen?

Allergien/ Unverträglichkeiten?

Dauernde Medikamente:

Ich bin einverstanden, allgemeine Patienteninformationen über meine angegebene E-Mail-Adresse oder auf dem Postweg zu empfangen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/ bzw. gesetzlicher Vertreter