MVZ St. Wendeler Land GmbH

St. Annenstraße 10a 66606 St. Wendel

FB_Anamnesebogen hausärztlich



Name, Vorname:	,						
Geburtsdatum:	Telefon/Handy:						
Adresse:							
Beruf: Hausarzt:							
Körpergröße (in cm):	Gewicht (in kg):						
Krebsvorsorge: Hautl	tkrebsscreening: Raucher: Nein 🗆 Ja 🗖						
-	-						
Operationen: Nein □ Ja □, wenn ja welche	ne?						
Circle the sea followed a Computation and an application	1 f f H 2						
Sind Ihnen folgende Symptome schon mal o	l aufgefallen? Notiz:						
Angina Pectoris (Brustenge, Brustschmerz)	Nein 🗆 Ja 🗆						
Luftnot	Nein 🗆 Ja 🗆						
Schwindel	Nein □ Ja □						
Synkope (Ohnmacht)	Nein □ Ja □						
Herzrasen/Herzstolpern/Herzrhythmusstörur	ung Nein 🗆 Ja 🗆						
Nächtliche Wadenkrämpfe	Nein 🗆 Ja 🗆						
Leiden Sie an einer der folgenden Erkranku	rungen Notiz:						
Apoplex (Schlaganfall)	Nein 🗆 Ja 🗆						
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie)	Nein 🗆 Ja 🗆						
Hyperlipoproteinämie (Hohe Fettwerte)	Nein 🗆 Ja 🗆						
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein 🗆 Ja 🗆						
Diabetes mellitus	Nein □ Ja □ Typ?						
Tumorerkrankungen	Nein 🗆 Ja 🗆						
Gelenk-Rheuma	Nein 🗆 Ja 🗆						
Schilddrüsenerkrankung	Nein 🗆 Ja 🗆						
Lebererkrankungen	Nein 🗆 Ja 🗆						
Magen-Darm-Erkrankungen Nein □ Ja □							
Erstellt von: LP Erstellt am: 09.09	09.2024 Unterschrift: Version: 1.2 vom: 09.09.202						
	11.2025 Unterschrift:						

HK Freigegeben am: 21.11.2025 Unterschrift:

Freigegeben von:

MVZ St. Wendeler Land GmbH

Hauterkrankungen

St. Annenstraße 10a 66606 St. Wendel

FB Anamnesebogen hausärztlich



Nein □ Ja □

Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein \square Ja \square									
Nierenerkrankung	Nein \square Ja \square									
Augenerkrankungen	Nein \square Ja \square									
Psychische Erkrankungen	Nein \square Ja \square									
Allgemeine Fragen										
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?	Nein \square Ja \square	Wenn ja, wie viel?								
Haben Sie Allergien?	Nein \square Ja \square	Wenn ja, welche?								
Schwangerschaft besteht / ist möglich?	Nein □ Ja□									
Familienvorgeschichte										
Bluthochdruck	Nein □ Ja□									
Diabetes mellitus	Nein □ Ja□	Wenn ja, we	elcher Typ?							
KHK (Koronare Herzkrankheit)	Nein \square Ja \square									
Fettstoffwechselstörung	Nein □ Ja□									
Schlaganfall	Nein \square Ja \square									
Plötzlicher Herztod	Nein \square Ja \square									
Asthma	Nein \square Ja \square									
Tumorerkrankungen	Nein \square Ja \square	Wenn ja, welche?								
Genetische Erkrankungen	Nein \square Ja \square	Wenn ja, welche?								
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?										
Medikamente	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht						
	J									

Erstellt von:	LP	Erstellt am:	09.09.2024	Unterschrift:	Version	: 1.2	vom: (9.09.2024
Geändert von:	LP	Geändert am:	21.11.2025	Unterschrift:				
Geprüft von:	KS	Geprüft am:	21.11.2025	Unterschrift:	Seite:	2	von:	2
Freigegeben von:	HK	Freigegeben an	n: 21.11.2025	Unterschrift:				