

Hausarztpraxis  
Dr. med. Sabine Frey  
Dr. med. Ute Saliger  
Alexandra Kürschner  
Dr. med. Stefanie von Haußen

Fachärztin für Innere Medizin  
Fachärztin für Innere Medizin  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Frankfurter Landstraße 189  
Tel. 06151-371465  
Rezeption@drfrey.de

64291 Darmstadt  
Fax 06151-371495  
www.drfrey.de



## Anamnesebogen

### Ihre Personalien

Name:  
Vorname:  
Adresse:  
Tel.:  
Mobil: .....  
Email.: .....@.....

Leiden Sie unter Krankheiten oder Allergien? Sind bei Ihnen Allergien bekannt zum Beispiel gegen Hühnereiweiß, Antibiotika, Malariamittel oder andere Stoffe? **ja / nein**  
Wenn ja, welche? .....

Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen oder Krampfanfällen? **ja / nein**

Leiden Sie unter einer Immunerkrankung oder nehmen Sie Kortison Präparate oder Chemotherapeutika? **ja / nein**

Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten chronischen Erkrankung?

- Diabetes mellitus **ja / nein**
- Herzleiden **ja / nein**
- Lungenleiden **ja / nein**
- Bluter/Haemophilie **ja / nein**
- Besteht oder bestand bei Ihnen ein Thromboserisiko? **ja / nein**

Leiden Sie an anderen, hier nicht genannten chronischen Krankheiten? **ja / nein**

Wenn ja, unter welchen? .....

### Schwangerschaft

Sind Sie schwanger? **ja / nein**  
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich? .....

### Impfausweis

Besitzen Sie einen oder mehrere Impfausweise? **ja / nein**  
Traten nach früheren Impfungen Komplikationen auf? **ja / nein**  
Wenn ja, welche? .....  
Bestehen noch Fragen oder Hinweise Ihrerseits?  
.....  
.....

Datum, Unterschrift

.....