

Praxis Dr. C. Falliano -Zikulnig  
Friedenstrasse 26, 76461 Muggensturm

**Anamnesebogen für Neupatienten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? J/N wenn ja bitte hier eintragen.**

Medikament	Wirkstärke	Dosierung

Ihre Größe: \_\_\_\_\_ Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_ Raucher? Ja / Nein

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Sind in ihrer Familie Erkrankungen bekannt? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Impfausweis? Ja / Nein (Bitte beim nächsten Besuch mitbringen)

Sind Sie in einem Hausarztprogramm eingeschrieben? Wenn ja Wo? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie an einem DMP-Programm teil? Wenn ja Welches? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Pflegegrad? Ja/nein Pflegegrad 1,2,3,4 ?

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_