Dr. med. Sebastian Torggler
Arzt für Allgemeinmedizin
Hauptstraße 35, 39025 Naturns
p: +39 3931057238
m: info@praxis-torggler.it

Anamnesebogen für Neupatient:innen

Name, Vorname: .....

Geburstsdatum: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Leiden Sie oder litten Sie in der Vergangenheit an folgenden Krankheiten?

Erkrankungen der Gefäße *(z.B. Bluthochdruck, Gefäßverkalkung, Durchblutungsstörungen, etc.)*

Nein o Ja o .....

Erkrankungen des Herzens *(z.B. Herzinfarkt, Herzschwäche, Rhythmusstörungen, etc.)*

Nein o Ja o .....

Erkrankungen der Atemwege *(z.B. Asthma, Allergien, COPD, etc.)*

Nein o Ja o .....

Erkrankungen der Bauchorgane (*z.B. Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse, Magen-Darm, etc.)*

Nein o Ja o .....

Erkrankungen der Nerven *(z.B. Epilepsie, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Polyneuropathie, etc.)*

Nein o Ja o .....

Erkrankungen des Stoffwechsels *(z.B. Schilddrusen, Diabetes, Fettstoffwechselstörung, etc.)*

Nein o Ja o .....

Erkrankungen des Blutsystems *(z.B. Thrombosen, Blutungskrankheiten, Blutarmut, etc.)*

Nein o Ja o .....

Erkrankungen der Sinnesorgane *(z.B. Augen, Ohren, Geschmacks- Geruchssinn, etc.)*

Nein o Ja o .....

Chronische Infektionskrankheiten *(z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkolose, etc.)*

Nein o Ja o .....

Tumorerkrankung *(z.B. Darmkrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs, Hautkrebs, Blutkrebs, etc.)*

Nein o Ja o .....

Erkrankungen der Psyche *(z.B. Ängste, Depressionen, Schizophrenie, etc.)*

Allergien .....

Rauchen Nein o Ja o Nicht mehr o

Operationen/ Interventionen/ Unfälle:

.....
.....

Medikamente:

.....
.....

Familienanamnese *(z.B. Krebserkrankungen, Herzinfarkt/ Schlafanfall, vererbbare Erkrankungen)*

.....
.....

Sozialanamnese *(z.B. verheiratet/geschieden, Kinder, Beruf, Wohnsituation, Hobbies, Sport, etc.)*

.....
.....

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie mir hier noch mitteilen möchten?

.....
.....

Bitte versuchen Sie auch bei akuter Erkrankung stets einen Termin zu vereinbaren und sagen ggf. rechtzeitig nicht mehr benötigte Termine ab.

Vielen Dank für ihre Auskünfte - ihre Daten werden vertraulich behandelt und in ihrer Patientenakte hinterlegt.

..... den, ... Unterschrift: .....