Anamnesebogen

Stand 04/2024

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen möglichst vollständig aus. Dies erleichtert die Behandlung. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Persönliche Daten

Name	Vorname		Geburtsdatum
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil		E-Mail
Größe	Gewicht		Beruf

Beschwerden

Zeigen sich aktuell bei Ihnen Symptome (z.B. Ausschlag, Brennen, Juckreiz)?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche?		
Seit wann haben Sie Symptome?		
Ist bei Ihnen bereits eine hautärztliche Erkrankung bekannt?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche?		
Haben Sie bereits eine Therapie versucht?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche?		
Haben Sie eine Allergie?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche?		
Hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine hautärztliche Operation?	☐ Ja	☐ Nein

Wenn ja, wann?	Wenn ja, welche?

Anamnesebogen

Stand 04/2024

Allgemeine Lebensumstände

Sind Sie Schwanger?	☐ Ja	☐ Nein	Rauchen Sie?	☐ Ja	☐ Nein	Haben Sie häufig Stress?	☐ Ja	☐ Nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	☐ Ja	☐ Nein						

Grunderkrankungen

Bestehen weitere, nicht-dermatologische Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen, Rheuma, etc.)?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche?		

Ort	Datum	Unterschrift