

Anamnesebogen



Gesundheit in guten Händen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Vorname Nachname

Adresse

Geburtsdatum

Telefon Fax

Handy email

Familienstand Kinder

Beruf/Tätigkeit

Behandelnde Ärzte:.....

Dürfen wir Vorbefunde anfordern? ☐ Ja ☐ Nein

Unterschrift

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt, wenn ja seit wann?

☐ Bluthochdruck

☐ Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt

☐ angeborene oder erworbene Herzerkrankung

☐ Schlaganfall, Durchblutungsstörung der Beine

☐ Blutzuckerkrankheit

☐ Fettstoffwechselstörung (erhöhte Cholesterinwerte)

☐ Lungenerkrankung (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Lungenentzündung)

☐ Thrombose, Lungenembolie

☐ Tumorerkrankungen

☐ Chronische Infektionserkrankungen (Hepatitis B/C, HIV)

☐ Blutungsstörung, Bluterkrankung

☐ Augenerkrankung (z.B. grüner oder grauer Star)

☐ Krampfleiden, andere Nervenleiden (z.B. M. Parkinson, Polyneuropathie)

☐ Psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Psychose)

☐ Nierenerkrankung

☐ Allergien:

☐ Sonstige Erkrankungen:

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

☐ Mumps ☐ Masern ☐ Röteln ☐ Windpocken ☐ Scharlach

Sind Sie schon operiert worden?

☐ Blinddarm ☐ Mandeln ☐ Polypen ☐ Gallenblase ☐ Leisten- / Nabelbruch
☐ Sonstiges:

Familienvorgeschichte

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

☐ Bluthochdruck ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall
☐ Blutzuckerkrankheit ☐ Asthma ☐ Allergie:
☐ Tumorerkrankungen:
☐ psychische Erkrankungen:

Allgemeine Anamnese

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht, wenn ja, seit wann und wieviel?
Trinken Sie gelegentlich oder regelmäßig Alkohol?
Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen und wie oft?
Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten, Stimmungsaufheller oder Drogen ein?

Sie tragen:

☐ Brille ☐ Hörgerät ☐ (Zahn-)Prothese ☐ Herzschrittmacher
☐ Implantate ☐ Sonstiges:

Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente ein?

☐ Ich habe einen Medikamentenplan

Medikament	Dosierung (z.B. 5mg)	Verteilung (z.B. 1-0-1)

Vielen Dank für Ihre Mühe!