

Anamnesefragebogen

Liebe Patientinnen, Liebe Patienten,

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt/bei der Ärztin aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

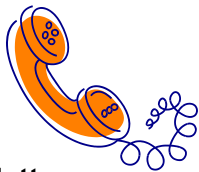
Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Straße:

PLZ und Ort:



Ihre Telefonnummer: _____

Mobil: _____

Hatten

Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Röteln	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Windpocken	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Mumps	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Scharlach	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Keuchhusten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Diphtherie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>

Wurden Sie schon einmal operiert?

z. Bsp.:

Blinddarm	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wann:
Mandeln	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wann:
Galle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wann:

Sonstige Operationen:

Hatten Sie Unfälle?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Hatten Sie Knochenbrüche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wo?

Haben Sie Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Gicht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Rheuma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Leberentzündung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Migräne	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Krampfadern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Thrombose, Venenleiden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Gallensteine	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>

Hatten Sie Krankheiten, nach denen wir noch nicht gefragt haben, wenn ja welche?

Gynäkologische Fragen:

Erste Menstruation:		Regelmäßig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Hormone ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Gehen Sie regelmäßig zum Gynäkologen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Wie oft waren Sie schwanger? _____				
Wie viele Geburten hatten Sie? _____				
Gab es bei den Geburten Komplikationen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		

Leiden Sie unter Allergien gegen?

Penicillin	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Aspirin	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Blütenstaub	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Tierhaare	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Hausstaubmilben	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Nahrungsmittel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Metalle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>

Sonstiges:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

wenn ja, welche _____

Haben Sie derzeit Beschwerden?

Kopf	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hals	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zähne	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herz / Kreislauf	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Magen / Darmsystem	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Muskeln / Gelenke	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schlafstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Wurden Sie regelmäßig geimpft? Ja Nein

(Bitte Impfbuch mitbringen)

Sind Ihnen Krankheiten in der Familie bekannt? (Eltern, Geschwister, Großeltern etc.)

Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Herzkrankheiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>

Krebs Ja Nein Weiß nicht
Rheuma Ja Nein Weiß nicht

Wie viele Geschwister haben Sie? _____ davon _____ Brüder _____ Schwestern

Sind Ihre Geschwister gesund? Ja Nein

Wenn nein, an welchen Krankheiten leiden sie? _____

Leben Ihre Eltern noch? Ja Nein

Sind Ihre Eltern gesund? Ja Nein

Wenn nein, an welchen Krankheiten leiden sie? _____

Sind Ihnen sonstige Krankheiten innerhalb der Familie bekannt?

Rauchen Sie? Ja Nein Menge _____

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie oft? Täglich? Ab und zu

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Körpergröße (in cm): _____ Gewicht(in kg): _____

Liegt ein Grad der Behinderung (GdB) vor? Ja % Nein

Derzeit ausgeübte Tätigkeit (Beruf): _____

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie Ihre Telefonnummer(n) angegeben haben:



Festnetz: _____ Fax: _____

Mobil: _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten