

Anamnesefragebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient,

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.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w d

Anschrift: _____

Ihre Telefonnummer: _____

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

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

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

Sind Operationen erfolgt? Ja Nein

(z.B. Blinddarm, Mandeln, Knochenbrüche) wenn ja, was wurde operiert und wann

Haben Sie Vorerkrankungen? Ja Nein

(z.B. Diabetes, Tumorerkrankung, Hautkrankheit, Rheuma, Infektionskrankheit, Asthma, Migräne, Herzkrankheit, Venenleiden)

Leiden Sie unter Allergien? Ja Nein

(z.B. Medikamente, Blütenstaub, Tierhaare, Nahrungsmittel, Metalle)

Gynäkologische Fragen:

Erste Menstruation: Regelmäßig? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Hormone ein? Ja Nein

Gehen Sie regelmäßig zum Gynäkologen? Ja Nein

Wie oft waren Sie schwanger? _____

Wie viele Geburten hatten Sie? _____

Gab es bei den Geburten Komplikationen? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

wenn ja, welche _____

Wurden Sie regelmäßig geimpft? Ja Nein

(Bitte Impfbuch mitbringen)

Sind Ihnen Krankheiten in der Familie bekannt? Ja Nein

Eltern, Geschwister, Großeltern etc. - z.B. Diabetes, Herzkrankheiten, Asthma, Rheuma, Tumorerkrankungen) _____

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

Haben Sie Kinder? ja nein wie viele _____

Wenn „ja“ – leben Ihre Kinder noch zuhause? ja nein

Ihr Familienstand: Verheiratet in Partnerschaft Alleinstehend

Rauchen Sie? Ja Nein

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

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Sind Sie:

Selbstständig Arbeit suchend Angestellt Rentner/in Schüler/Student

Derzeit ausgeübte Tätigkeit _____

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

Liegt ein Pflegegrad vor? Ja Nein Stufe _____

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten

Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe

Name: _____

Ich bin mit der Übermittlung sämtlicher mich betreffender Gesundheitsdaten, insbesondere Atteste, Befunde, Rezepte, Verordnungen und sonstiger Mitteilungen auf folgenden Wegen einverstanden.

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

sollte es medizinisch indiziert sein, bin ich mit der Übermittlung benötigter Daten an Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen einverstanden.

Informationen dürfen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden.

Name: _____ Geb.: _____ Tel.: _____

Name: _____ Geb.: _____ Tel.: _____

Name: _____ Geb.: _____ Tel.: _____

Wir weisen darauf hin, dass es schwierig ist, bei gewünschten telefonischen Auskünften die wahre Identität eines Anrufers zu erkennen.

Ich kann diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient