



ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine erfolgreiche Behandlung durch Ihren Arzt ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig.

Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen so gut wie möglich. Die Angaben sind natürlich freiwillig.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen mein Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

| | |
|----------------|------------------|
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| Wohnort: | Straße, Hausnr.: |
| Krankenkasse: | Email-Adresse: @ |
| Telefon: / | Handy: / |

Hatten Sie eine/mehrere der folgenden Kinderkrankheiten?

| | | | |
|------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Masern | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | weiß nicht <input type="checkbox"/> |
| Röteln | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | weiß nicht <input type="checkbox"/> |
| Windpocken | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | weiß nicht <input type="checkbox"/> |
| Mumps | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | weiß nicht <input type="checkbox"/> |
| Scharlach | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | weiß nicht <input type="checkbox"/> |

Operationen?

Hatten Sie eine Operation? Wenn ja, welche?

In welchem Jahr?

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Vorerkrankungen?

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> | Vorhofflimmern | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Angina pectoris/ Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> | Sonstige Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> | Krampfadern | <input type="checkbox"/> |
| Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> |
| | | Mamma – CA | <input type="checkbox"/> |
| | | Prostata - CA | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | Epilepsie | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Verdauungstraktes | <input type="checkbox"/> | Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Rheuma | <input type="checkbox"/> |
| Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> | Allergien | <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsmittelunverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> | Medikamentenunverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> |
| Neurologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| HIV | <input type="checkbox"/> | | |

Hier können Sie die o.g. Erkrankungen näher beschreiben:

Sonstige Erkrankungen:

Allergien:

Medikamentenunverträglichkeit:

Familienvorgeschichte

| | | |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Krebs | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welcher?..... | | |

Medikamente:

| | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel? | | Wenn ja, listen Sie diese bitte auf: | |
| Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Medikamentenname: | | Einnahme: | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt?

Wenn ja, wann und wo und mit welchem Ergebnis:

.....

Besitzen Sie einen Impfpass?

Wenn ja, bringen Sie diesen zu Ihrem nächsten Termin mit. Wir überprüfen Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit.

Wann war der letzte Check-up oder Krebsvorsorgeuntersuchung?

Mit welchem Ergebnis?

.....

Zurzeit bin ich beschwerdefrei

Nein

Ja

Aktuelle Beschwerden:

.....

.....

.....

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

Ihr Praxisteam

Diesen Fragebogen können Sie online ausfüllen und hier versenden, oder ausdrucken!