

# Anamnesebogen

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 unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Den ausgefüllten, unterschriebenen Bogen bringen Sie bitte zum Erstkontakt mit.

<b>Name, Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Straße, Hausnummer:</b>	<b>Wohnort:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>Mobil:</b>
<b>Email:</b>	<b>Krankenkasse:</b>
<b>Berufstätig als:</b>	

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Raucher: ja       nein

Alkohol: ja       nein       gelegentlich

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?      ja       nein

Pflegegrad? \_\_\_\_\_

## 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:**

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Verdauungstraktes	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	Thrombose	<input type="checkbox"/>
neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>
Arthrose	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>
Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>	Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>
<b>Hier können Sie die o.g. Erkrankung näher beschreiben:</b>	<b>sonstige Erkrankungen:</b>		
<b>Allergien:</b>	<b>Medikamentenunverträglichkeit:</b>		
<b>größere Unfälle:</b>			

**Familienvorgeschichte:****Traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen auf?**

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Thrombose	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	Asthma/COPD	<input type="checkbox"/>
Arthrose	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>

**Wurde bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt?**Ja Nein 

wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Name:

Vorname:

**Besitzen Sie einen Impfausweis?**

ja

nein

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

**Medikamente:**

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel?**

Ja

Nein

Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

Medikamentenname	Dosierung: z.B. 1 -0 - 0

**In welcher fachärztlichen Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?**

Orthopädie

Urologie

Kardiologie

Lungenfacharzt

Neurologie

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wann war der letzte Check-Up oder Krebsvorsorgeuntersuchung?** \_\_\_\_\_

Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

**Aktuell beschwerdefrei?**

Ja

nein

Jetzige 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**