

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient

Als neuer Patientin/neuer Patient heißen sie Sie in unserer Praxis herzlich willkommen! Um Sie besser kennenzulernen und wichtige Informationen zu gewinnen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Sollten Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemand weitergegeben.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ **Wohnort:** _____

Beruf: _____

Festnetz: _____ **Handy:** _____

Email: _____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Bluthochdruck	Nein	Ja
Herzkrankheit	Nein	Ja
Blutzuckerkrankheit	Nein	Ja
Magen/Darmerkrankung	Nein	Ja
Tumorerkrankung	Nein	Ja
Nierenerkrankung	Nein	Ja
Fettstoffwechselstörung	Nein	Ja
Harnsäurestoffwechselstörung/Gicht	Nein	Ja
Gelenkerkrankung/Rheuma	Nein	Ja
Hautkrankheit	Nein	Ja
Tuberkulose	Nein	Ja
Aids	Nein	Ja
Leberentzündung	Nein	Ja
Asthma/chronische Bronchitis	Nein	Ja
Psychische Erkrankung	Nein	Ja
Anfallsleiden/Epilepsie	Nein	Ja

Wurden bereits Operationen durchgeführt Nein Ja
Wenn ja, welche? Wann?

Leiden Sie an einer Allergie Nein Ja
Wenn ja, welche?

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung? Nein Ja

Leidet jemand aus Ihrer Familie an folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	Nein	Ja
Blutzuckerkrankheit	Nein	Ja
Fettstoffwechsel	Nein	Ja
Herzinfarkt	Nein	Ja
Asthma	Nein	Ja
Krebs	Nein	Ja

Vegetative Anamnese

Durst		Normal		Vermehrt
Appetit		Normal		Vermehrt
Stuhlgang		Normal		Vermehrt
	Wenn nicht normal	Durchfall?		Verstopfung?
	Wenn Durchfall	Mit Blut?		Mit Schleim?
Wasserlassen		Normal		Vermehrt
	„Brennen“	Startschwierigkeiten		Nachts öfter als 1 – mal
Nachtschweiß		Nein		Ja
Gewicht		konstant		nicht konstant
	Zunahme	Körpergröße: _____ cm	Gewicht: _____ kg	
	Abnahme	von _____ Kilogramm	in _____ Monaten	
Zigaretten?		Nein		Ja
	Wenn ja, wie viele am Tag?	_____		
Alkohol?		Nein		Ja
	Wenn ja, täglich	Ab und zu?		

Für Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft		Nein		Ja
Geburten?	Nein	Ja	Wann? _____	
Antibabypille?		Nein		Ja
Monatsblutungen regelmäßig		Nein		Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Nein	Ja
Wenn ja, welche?		

Besitzen Sie einen Impfausweis?	Nein	Ja
---------------------------------	------	----

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Wann war der letzte Check-up?

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

Wollen Sie an fällige Untersuchungen oder Impfungen erinnert werden?	Nein	Ja
--	------	----

Sind Sie mit Befundanforderungen bei bisherigen Ärzten einverstanden?	Nein	Ja
---	------	----

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.
Ihr Praxisteam

Fridolfing, den _____ Unterschrift des Patienten _____