

Anamnesefragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Beruf: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

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

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Röteln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Windpocken	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mumps	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Scharlach	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Keuchhusten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Hatten Sie Operationen? ja nein

Wenn ja, welche?

Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Ausland? ja nein

Wann? _____ Wo? _____

Haben Sie folgende Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Hautkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Darmerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Harnsäurestoffwechselstörung (Gicht)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Chron. Bronchitis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gelenkverschleiß	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Herzkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	psychische Erkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Geschlechtskrankheiten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
AIDS	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
Leberentzündung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			

Sonstiges: _____

Allergien

Medikamente	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Tierhaare	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Aspirin (Acetylsalicylsäure)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Hausstaubmilben	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blütenstaub	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Nahrungsmittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstiges: _____

Familienvorgeschichte

Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			

Krebs ja nein Wenn ja, welcher? _____

Raucher?

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____
seit wann _____

Alkohol?

Wenn ja, wie oft? täglich ab und zu

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche? _____

Haben Sie eine Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht? ja nein

Wenn ja, möchten Sie eine Kopie bei uns in der Praxis hinterlegen? ja nein

Möchten Sie eine Schweigepflichtsentbindung gegenüber einem Angehörigen angeben? ja nein

Gültigkeit bis zu Ihrem schriftlichen Widerruf.

Bitte tragen Sie die Kontaktdaten des Angehörigen ein _____

Einverständniserklärung

Mit der Überleitung meiner Daten und Befunde an andere weiterbehandelnde Ärzte bin ich einverstanden. Diese Einverständniserklärung gilt mit meiner Unterschrift auf diesem Anamnesebogen, bis ich diese schriftlich widerrufe.

ja nein

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

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten