

Anamnese Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Der folgende Fragebogen ist ein wichtiger Schritt, um Sie besser kennenzulernen und eine individuell angepasste medizinische Betreuung zu gewährleisten. Ihre Antworten helfen uns, gezielt auf Ihre Bedürfnisse einzugehen. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um die Fragen sorgfältig zu beantworten.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.
Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gern.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Allgemeine Angaben:

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Größe / Gewicht:

Beruf:

Telefon:

Mobil:

E-Mail.:

Ehemaliger Hausarzt:

weitere mitbehandelnde Ärzte:

.....

Nächste Angehörige:

Eigenanamnese

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an folgenden Erkrankungen?

	Seit wann?	Nähere Angaben:
Bluthochdruck	Nein ☐	Ja ☐
Herzerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐
Schlaganfall	Nein ☐	Ja ☐

Durchblutungsstörungen der Beine	Nein ☐	Ja ☐	.....
Zuckerkrankheit	Nein ☐	Ja ☐	.....
Fettstoffwechselstörungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Gicht	Nein ☐	Ja ☐	.....
Lebererkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Blutgerinnungsstörungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Thrombose oder Embolie	Nein ☐	Ja ☐	.....
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein ☐	Ja ☐	.....
Darmerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Magenerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Psychische Erkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
neurolog. Erkrankungen / Krampfleiden	Nein ☐	Ja ☐	.....
Tumorerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Operationen/Unfälle (Jahr)	Nein ☐	Ja ☐	.....
			
Haben Sie Allergien?	Nein ☐	Ja ☐	.....
Rauchen Sie?	Wenn ja, wie viel:		nicht mehr seit:
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?	Wenn ja, wie viel:		
Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?	Wenn ja, wie viel:		

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament	früh	mittags	abends	Bemerkung

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter	Nein ☐	Ja ☐	Wann?
Magenspiegelung	Nein ☐	Ja ☐	Wann?
Darmspiegelung	Nein ☐	Ja ☐	Wann?

Untersuchung der Bauchaorta	Nein ☐	Ja ☐	Wann?
Röntgenuntersuchungen CT, MRT	Nein ☐	Ja ☐	Wann?
Letztes Hautkrebsscreening	Nein ☐	Ja ☐	Wann?
Regelmäßige gynäk./urol. Kontrolle	Nein ☐	Ja ☐	Wann?
Letzter Gesundheitscheck	Nein ☐	Ja ☐	Wann?

Impfanamnese

Haben Sie einen Impfpass? Nein ☐ Ja ☐

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt? Wenn ja, wer und was?

Bluthochdruck	Nein ☐	Ja ☐	.....
Herzerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Schlaganfall	Nein ☐	Ja ☐	.....
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein ☐	Ja ☐	.....
Zuckererkrankung	Nein ☐	Ja ☐	.....
Tumorerkrankungen/Krebserkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Thrombose oder Lungenembolie	Nein ☐	Ja ☐	.....
Demenz	Nein ☐	Ja ☐	.....

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab.

.....

Ort, Datum / Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter