



Allgemeiner Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Sie gut beraten und Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen zu können, benötigen wir einige Informationen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus, er enthält wichtige Fragen sowohl Ihre Kranken- und Familiengeschichte als auch Ihr Lebensumfeld betreffend.

Die Angaben werden Ihrer Patientenakte beigelegt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gern.

Angaben zur Person:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Telefon-Nr.:

Anschrift:

.....

Größe in cm: Gewicht in kg:

Welche Gewohnheiten haben Sie?

Rauchen Sie? ja / nein

Treiben Sie Sport? ja / nein

Arbeiten Sie im Schichtdienst? ja / nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

welche (Medikamentenname oder Wirkstoff)	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen / Unverträglichkeiten?

(bei Einnahme von Medikamenten oder Nahrungsmitteln, bei Kontakt mit Tieren, Pflanzen / Pollen oder bestimmten Materialien)

welche:

.....

.....

bitte wenden →

Krankenhausaufenthalte / Operationen:

(begrenzt auf die vergangenen 2 Jahre)

Einrichtung:

Art der Behandlung / Operationen:

wie lange / wann:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Erkrankungen:

in der eigenen Vorgeschichte

in der Familienvorgeschichte

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| - Bluthochdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Fettstoffwechselstörung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Herzerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Schlaganfall | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Lebererkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Lungenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Magen- / Darmerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Thrombose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Gelenkerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Hauterkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Genitalerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Kopfschmerz / Migräne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - psychische Störung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Infektionskrankheit (z. B. Tuberkulose, Hepatitis, AIDS) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

wenn ja, welche:

- | | | |
|---------------|-----------------------|-----------------------|
| - Krebsleiden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|---------------|-----------------------|-----------------------|

wenn ja, welche:

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja / nein

Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

(z. B. sonstige gesundheitliche Beschwerden, Wünsche, Anregungen)

.....

.....

.....

Datum:

Unterschrift:

Vielen herzlichen Dank.