

ANAMNESEBOGEN

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Größe: _____

Tel.: _____

Gewicht: _____

E-Mail: _____

Sonstiges: _____

Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte

Jetzige Beschwerden

Haben/ hatten Sie schon folgende Erkrankungen ?

Ja

Nein

weiss nicht

Thyphus/Paratyphus/Ruhr...			
Tuberkulose			
Grüner Star, Glaukom			
Nasennebenhöhlenentzündung			
Schilddrüsenkrankheit			
Lungen- und Rippenfellentzündung			
Asthma, Heuschnupfen			
Allergische Reaktion			
Hoher Blutdruck			
Schlaganfall, Lähmungen			
Herzinfarkt			
Andere Herzkrankheiten, Gefäßleiden			
Krampfadern, Haemorrhoiden, Thrombose			
Magen- oder Darmgeschwür			
Verstopfung, Durchfall			
Gelbsucht, Leberkrankheiten			
Gallensteine			
Nieren-,Nierenbecken- oder Blasenentzündung			

Nieren- oder Blasensteine			
Krankheit der Prostata			
Schwierigkeiten beim Wasserlassen			
Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane			
Krankheit der weiblichen Brüste			
Hautkrankheiten			
Geschlechtskrankheiten			
Nervöse Beschwerden			
Ischiasbeschwerden			
Epilepsie (Krampfanfälle)			
Zuckerkrankheit (Diabetes)			
Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesterin)			
Gicht			
Gelenkrheumatismus			
Andere Krankheiten der Gelenke/Wirbelsäule			
Knochenbrüche/Unfälle			
Blutarmut, Blutkrankheit			
Krebs			
Andere Krankheiten, welche ?			
Sind Sie schwanger ?			
Leiden Sie an einer Sehstörung			
Wurden Sie schon einmal operiert? Woran?			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche ?			
Nehmen Sie die Pille oder andere Hormonpräparate?			
Trinken Sie regelm. Alkoholische Getränke ?			
Rauchen Sie ?			
Haben Sie geraucht ?			
Nehmen oder nahmen Sie Drogen ?			
Treiben Sie weniger als 2x pro Woche Sport ?			

Krankheiten in Ihrer Familie ?

Hoher Blutdruck/ Schlaganfall			
Herzinfarkt			
Übergewicht			
Zuckerkrankheiten (Diabetes)			
Gicht			
Nerven-, Gemüts- oder Geisteskrankheiten			
Epilepsie (Krampfanfälle)			
Tuberkulose (TBC)			
Krebs			
Suchtkrankheiten			
Andere Krankheiten ? Welche ?			

Allgemeinbefinden?

Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 5 Kg zugenommen ?			
Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 5 Kg abgenommen?			
Haben Sie auffallend großen Durst ?			
Schlafen Sie schlecht, oder schlecht ein/durch ?			
Bedrückt Sie etwas?			

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient*in/ gesetzliche*r Vertreter*in ?

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Ihr Praxis-Team

Datenschutzhinweis:

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die gesammelten Informationen dienen zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Behandlung oder der Verwaltung von Gesundheitsdiensten. Wir speichern Ihre Daten in unserer praxisinternen Datenverarbeitung und geben diese ohne Ihre Erlaubnis nicht an Dritte weiter.