

Anamnesebogen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt.
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die
Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

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

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Straße, PLZ, Stadt: _____

Beruf: _____ **Beschäftigt bei:** _____

Tel. (privat): _____ **E-Mail:** _____

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern Nein Ja **Röteln** Nein Ja **Mumps** Nein Ja

Windpocken Nein Ja **Scharlach** Nein Ja

Impfausweis vorhanden: Nein Ja

Operationen? Nein Ja

wenn ja, welche, wann, wo ?

Vorerkrankungen?

Bluthochdruck Nein Ja

Blutzuckerkrankheit Nein Ja

Magenerkrankung Nein Ja

Asthma Nein Ja

Tumorerkrankung Nein Ja

welche:

Gelenk-Rheuma Nein Ja

Hautkrankheit Nein Ja

Fettstoffwechselstörung Nein Ja

Leberentzündung Nein Ja

Nierenerkrankung Nein Ja

Herzkrankheit Nein Ja

Psychische Erkrankung Nein Ja

Allergien gegen?

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Penicillin oder ein
anderes Antibiotikum | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Aspirin-Acetylsalicylsäure | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Blütenstaub | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Tierhaare | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Hausstaubmilben | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsmittel* | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
- *Wenn ja, welche?
-

Familienvorgeschichte:

- | | | |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechsel | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Asthma | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankungen* | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
- *Wenn ja, welche?
-

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein *Ja

*Wenn ja, welche? _____

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

Wann war der letzte Check-up? _____

Hautkrebsscreening? _____ **Krebsvorsorge?** _____

Ich lege besonderen Wert auf: _____

Dürfen wir Sie telefonisch oder per EMail auf wichtige Termine aufmerksam machen? ja / nein

Uns interessiert es, wie Sie zu uns kamen: durch Empfehlung Telefonbuch Internet

Bisheriger Hausarzt:

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt.
Die Behandlung Ihrer Daten erfolgt gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).