



Anamnesefragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir bitten Sie, den Fragebogen zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte vor Ihrem Gespräch mit der Ärztin auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und sind freiwillig.

Personalien

Vorname, Name

Geburtsdatum

Körpergröße in cm

Körpergewicht in kg

Telefon privat/mobil

Beruf

Vorerkrankungen

	Ja	Nein	Seit wann? Nähere Angaben:
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma/Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-, Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augenerkrankungen, wie grauer oder grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arthrose/Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen/Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektiöse Erkrankungen wie Hepatitis, HIV, Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neurologische Erkrankungen wie Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges			_____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Ja Nein

Trinken Sie **Alkohol**?

Wenn ja, wie viele?

Wenn ja, wie oft?

Allergien gegen? Ja Nein

Antibiotika z.B. Penicillin

Schmerzmittel z.B. ASS, Ibuprofen, Novalgin

Hausstaubmilben

Pollen, z. B. Gräser, Bäume

Tierhaare

Nahrungsmittel

Welche? Nähere Angaben:

Familienvorgeschichte Ja Nein

Bluthochdruck

Zuckerkrankheit/Diabetes

Herzinfarkt

Schlaganfall

Durchblutungsstörungen der Beine

Thrombose

Fettstoffwechselstörung

Tumorerkrankungen/Krebs

Wer?

Wurde bei Ihnen schon eine **Gesundheitsuntersuchung über 35 Jahren** (Check-up 35) durchgeführt?

Wenn ja, wann zuletzt?

Besitzen Sie einen **Impfpass**? Ja Nein

Wenn ja, bringen Sie diesen zu Ihrem nächsten Termin mit. Wir überprüfen Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit.

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben. Bestätigen Sie diese bitte mit Ihrer Unterschrift und geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Ort, Datum, Unterschrift