



Anamnesefragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit.

Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient

Familiennamen Vorname Geb.-Datum

Anschrift

Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat)

E-Mail

Tel. (Büro)

(vorheriger) Beruf

Tel. (Mobil)

Größe: _____cm

Gewicht: _____kg

Familienstand:

ledig verheiratet/feste Partnerschaft geschieden verwitwet

Kinder:

Anzahl/Alter:

Rauchen Sie?

ja / nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____
aufgehört Seit wann? _____

Treiben Sie Sport?

ja / nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Für Patientinnen im gebärfähigen Alter:

Sind Sie Schwanger?

ja / nein Wenn ja, im wievielten Monat? _____

Vorherige Geburten? _____

Operationen/Bestrahlung?

ja / nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

Allergien? ja / nein

Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten; Wenn |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | ja, welche: |
| <input type="checkbox"/> Asthma/ COPD | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | _____ |

Anamnesefragebogen

Hausarztpraxis Marianne E. Schneemilch

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

Bitte dahinter vermerken, bei wem.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migräne | |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?

ja / nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar) bitte mit Einnahmezeit (morgens, mittags abends und genauer Dosierung):

Medikamentenname (Dosierung) _____ Einnahmezeit (morgens, mittags, abends, zur Nacht)

Datum

Unterschrift