

A n a m n e s e b o g e n

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Um Sie optimal beraten zu können, benötigen wir einige Informationen über Sie. Mit dem Ausfüllen des folgenden Fragebogens würden Sie uns sehr helfen. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anamnesebogen zu ihrem Erstbesuch mit. Vielen Dank!

Persönliche Daten

Vorname	_____	Nachname	_____
Geburtsdatum	_____		
Telefon	_____	Fax	_____
Mobiltelefon	_____	e-mail	_____

Geht es Ihnen gut? Ja Nein

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit? keine folgende:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? nein ja

Aus folgendem Grund: _____

Wurden sie schon einmal operiert? Wann?
Welches Organ?

Waren Sie stationär im Krankenhaus (ohne Operation)? Nein

Wenn ja ca. wann? und aus welchem Grund?

Wurden bei Ihnen folgende Untersuchungen durchgeführt?

Darmspiegelung : nein wann: _____ Ergebnis: _____

Herzkatheter : nein wann: _____ Ergebnis: _____

CT/MRT : nein wann: _____ Organ: _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Erkrankungen	Ja	Seit wann?	Nein	Weiß ich nicht
Bluthochdruck				
Herzinfarkt				
Sonstige Herzerkrankungen				
Schlaganfall				
Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus				
Erhöhte Blutfette				
Erhöhte Harnsäurewerte / Gicht				
Asthma o. Lungenerkr.				
Schlaf-Schnarch-Krankheit /Schlafapnoe				
Verengte Halsgefäße				
Verengte Beingefäße				
Schilddrüsenerkrankung				
Nierenerkrankung				
Krebserkrankung				

Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten von Medikamenten bekannt? Welche? :

Ist eine Lactoseunverträglichkeit bekannt ja Nein

Gibt es bei Ihnen Allergien gegen Nahrungsmittel, Pollen, Hausstaub o.ä. ? :

Wann wurden Sie Zuletzt geimpft? In den letzten 5 Jahren länger her

Rauchen Sie? noch nie nicht mehr seit _____ Ja

Seit _____ Jahren ca. _____ Zigaretten/ Tag durchschnittlich

Trinken sie alkoholhaltige Getränke? Nie gelegentlich täglich

im letzten ½ Jahr durchschnittlich pro Tag: _____

Sind Sie körperlich aktiv (letztes 1/2 Jahr)? wenig mittel viel

Wieviel Stunden pro Woche ungefähr (letztes 1/2 J)? _____

Welche Aktivitäten (auch Spaziergehen)? _____

Achten Sie auf bestimmte Dinge bei der Ernährung?:

Vegetarisch Fettarm Kohlenhydratarm Mischkost _____

Glauben Sie, dass sie ungünstige Ernährungsgewohnheiten haben? nein folgende:

Haben Sie im letzten 1/2 Jahr abgenommen? nein gewollt ungewollt _____ kg

Haben Sie im letzten 1/2 Jahr zugenommen? nein gewollt ungewollt _____ kg

Schnarchen Sie? Nein Ja

Schlafen sie gut? Nein Ja

Gibt es Probleme, die Sie dauerhaft seelisch belasten? Nein Ja

Haben Sie genug Zeit für sich selbst? immer meistens nie

Haben Sie Probleme/Beschwerden beim Wasserlassen, die es früher nicht gab? Nein Ja

Hat sich die Farbe des Urins verändert? Nein Ja

Haben Sie Probleme/Beschwerden beim Stuhlgang, die es früher nicht gab? Nein Ja

Haben sich Konsistenz oder Farbe des Stuhls verändert? Nein Ja

Sind Sie mit Ihrer Sexualität zufrieden? Nein Ja

Fragen zur Familienvorgeschichte

(Bitte ankreuzen für „ja“ oder Diagnose/Körperteil)

	Mutter	Vater	Kinder	Geschwister
Erkrankungen:				
Bluthochdruck				
Herzinfarkt				
Schlaganfall				
Durchblutungsstörungen der Beine				

	Mutter	Vater	Kinder	Geschwister
Krebserkrankungen. Besonders Brust- o. Darmkrebs Welche?				
Zuckerkrankheit				
Neurologische Erkrankungen				
Depressionen; Geisteserkr.				
Asthma o. Lungenerkr.				
Rheumatische Erkrankungen				
Schuppenflechte				

Familienstand _____ Kinder _____

Ich lebe allein mit Lebens-/Ehepartner mit Familie

Beruf: _____ Vollschrift Teilschrift

Gibt es anhaltend Probleme am Arbeitsplatz? Nein Ja

nicht erwerbstätig seit : _____

Pflegegrad Nein Ja : _____

Schwerbehindertenausweis Nein Prozent GdB: _____

Wegen: _____

Merkzeichen: _____

**Patientenverfügung/
Vorsorgevollmacht** Nein Ja Wer? _____

Sollten Sie zusätzliche Angaben machen wollen oder wenn der Platz nicht reicht, nutzen Sie die Rückseiten dieser Bögen!

**Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.
Bitte geben Sie den Fragebogen ausgefüllt am Empfang ab.
Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.**

Ihr Praxisteam