

## 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
<b>Erkrankungen:</b>				
Bluthochdruck				
Herzinfarkt				
Schlaganfall				
Durchblutungsstörungen der Beine				

	Mutter	Vater	Kinder	Geschwister
Krebserkrankungen. Besonders Brust- o. Darmkrebs <b>Welche?</b>				
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**