

Anamnesebogen

Dieser Fragebogen hilft uns dabei, Sie als Patient bestmöglich zu behandeln und zu versorgen. Bitte füllen Sie ihn vollständig und wahrheitsgemäß aus. Bei Fragen steht Ihnen unser Personal gerne zur Verfügung.

Angaben zur Person:

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ	
Ort	
Telefon	
E-Mail	
Beruf	
Familienstand	
Versichert bei	

Aktuelle Beschwerden:

--

Vorerkrankungen:

	Ja	Nein	nicht sicher
Bluthochdruck			
Blutzuckerkrankheit			
Fettstoffwechselstörung			
Hautkrankheit			
Thrombose			
Lungenembolie			
Herzkrankheit			
Lungenkrankheit			
Nierenerkrankung			
Krebs			
Gicht			
Rheuma			
Leberentzündung			
Psychische Erkrankung			
Sonstiges			

Operationen:

	Ja / wann?	Nein
Blinddarm		
Mandeln		
Sonstiges		

	Ja + Erklärung	Nein
Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus / Warum?		
Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Ausland? Wenn ja, wo?		

Allergien / Unverträglichkeiten:

	Ja + Erklärung	Nein
Medikamente		
Pollen		
Hausstaubmilben		
Tierhaare		
Metalle		
Nahrungsmittel		
Milch- / Fruchtzucker		
Sonstiges		

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein	Häufigkeit

Körperdaten:

Gewicht	
Körpergröße	

Gewohnheiten:

	Ja	Nein	Wie oft / wie viel	Seit wann
Rauchen Sie				
Trinken Sie regelmäßig Alkohol				
Haben Sie viel Stress				
Treiben Sie Sport				
Essen Sie frisches Gemüse				
Essen Sie Fisch				
Essen Sie Fleisch / Wurst				
Schlafen Sie ausreichend				
Essen Sie Milchprodukte				

Vegetative Anamnese (Veränderungen in den letzten 12 Monaten?):

	Vermehrt	Vermindert	Normal
Durst			
Appetit			
Stuhlgang			
Wasserlassen			
Schwitzen			

Schmerzanamnese:

	Ja + Erklärung	Nein
Leiden Sie unter wiederkehrenden Schmerzen?		

Familienvorgeschichte:

	Ja	Nein	Vater	Mutter	Opa	Oma
Bluthochdruck						
Blutzuckerkrankheit						
Herzinfarkt						
Fettstoffwechsel						
Asthma						
Krebs						
Thrombosen						
Sonstiges						

Haben Sie einen Impfpass _____

Wann war die letzte Impfung und wofür _____

	Ja / Diotrin?	Nein
Brille / Kontaktlinsen		

Für Patientinnen:

	Ja + Erklärung	Nein
Geburten		
Fehlgeburten		
Menstruationsbeschwerden		
Verhütung		

Bei seelischen Beschwerden:

	Ja	Nein
Schlafen Sie gut?		
Haben Sie Freude an Dingen verloren, die Ihnen früher immer Spaß gemacht haben?		
Fühlen Sie sich häufig einsam?		
Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen?		
Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Alltagsaufgaben zu bewältigen (Beruf / Zuhause)?		
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Gedanken ständig um die gleichen Probleme kreisen?		
Haben Sie Probleme sich unter vielen Menschen zu bewegen?		
Haben Sie Ängste?		

Ort, Datum

Unterschrift Patient