

## Anamnesefragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen so gewissenhaft wie möglich aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### Warum kommen Sie heute zum Arzt ?

#### Vorerkrankungen?

- |                                    |                             |                               |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck                      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit (Diabetes)         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Andere Herzkrankheiten             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gefäßkrankungen                    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Thrombose/ Lungenembolie           | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall/ Lähmung              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Krebs                              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Chronische Bronchitis (COPD)       | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma, Heuschnupfen               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Lungenentzündung                   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| HNO-Erkrankungen                   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenkrankung                     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Harnleiter oder – blasenerkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hautkrankheit                      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gicht, Rheuma                      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Prostataerkrankung                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gynäkologische Erkrankungen        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Aids                               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gelbsucht/ Lebererkrankung         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gallensteine                       | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Magenerkrankung                    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Darmerkrankung                     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankung              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden/ Epilepsie           | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Augenerkrankung                    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Blutarmut                          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Knochenbrüche/ Unfälle             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

**Sonstige Fragen zu Ihrer Person**

- Einnahme von Drogen ja  nein   
 Schwierigkeiten mit Partner/ Familie ja  nein   
 Schwierigkeiten mit dem Beruf ja  nein   
 Sind Sie zur Zeit schwanger ? ja  nein   
 Aufenthalt in den Tropen/  
 am Mittelmeer (letzte 12 Monate) ja  nein   
 Kinder? Bitte Alter angeben. ja  nein   
 Anerkennung als Schwerbehinderter ? ja  nein   
 Wenn ja, \_\_\_\_\_% Erwerbsunfähigkeit

Sonstiges:

---

**Voroperationen** Wenn ja, ungefähre Jahresangabe

---

**Allergien** Wenn ja, welche?

---

**Familienvorgeschichte**

- Bluthochdruck ja  nein   
 Zuckerkrankheit ja  nein   
 Fettstoffwechselstörung ja  nein   
 Herzerkrankung ja  nein   
 Lungenerkrankung ja  nein   
 Nierenerkrankung ja  nein   
 Krebs ja  nein   
 Sonstiges:
- 

**Raucher?** ja  nein  Wenn ja, Zigaretten/ Tag? \_\_\_\_\_, seit wie viel Jahren ? \_\_\_\_\_

**Alkohol?** ja  nein  Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_ und wie oft? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** nein

Wenn ja, welche (Nach Möglichkeit Dosisangabe (z. B. 5 mg) und Angabe zu welcher Tageszeit (z.B. morgens und abends)

---



---



---

Körpergröße (in cm): \_\_\_\_\_ Gewicht(in kg): \_\_\_\_\_

Datum, Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Version 1 / vom: 21.06.2010
Erstellt am: 21.06.2010	Freigegeben am: 21.06.2010	Seite 2 von 2