

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zu Seite stehen können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen bezüglich Ihrer Kranken- und Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in diesem Anamnesebogen, der wesentliche Fragen beinhaltet.



Name:	Vorname:	Geb.-datum
Familienstand:	Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie viele
Beruf:	berufl. Kontakt zu Giftstoffen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	wenn ja, zu welchen:	
Größe: m	Gewicht: kg	
Hausarzt:	Überweisender Arzt:	
Ihre Telefonnummer Festnetz:		mobil:
Ihre E-Mail-Adresse		
Telefon und Name Angehörige:		
Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen:		Sind Sie privat Zusatzversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Familiäre Vorerkrankungen

Vater:	Mutter:
Geschwister:	Weitere Verwandte:

Ihre Vorerkrankungen

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutzuckererkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Wenn ja, nehmen Sie Metformin ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blut/Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:	
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Leberentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Magenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelenk-Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hautkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Allergien

Ggf. Allergiepass vorlegen

Penicillin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sonstige	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche:	

Vegetative Anamnese

Durst	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> vermehrt <input type="checkbox"/> vermindert
Appetit	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> vermehrt <input type="checkbox"/> vermindert
Stuhl	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> vermehrt <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall
	Wenn Durchfall <input type="checkbox"/> mit Blut <input type="checkbox"/> mit Schleim Wie oft am Tag:
Wasserlassen	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> vermehrt <input type="checkbox"/> „mit Brennen“ <input type="checkbox"/> Nachts öfter als 1 – 2 mal , wie oft: _____
Gewicht	<input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> nicht konstant
	Wenn nicht konstant: <input type="checkbox"/> Zunahme <input type="checkbox"/> Abnahme _____ kg in _____ Monaten
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, mit nächtlichem Wäschewechsel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In letzter Zeit unerklärliches Fieber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Brille/Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zigaretten o.ä.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wie viele/Tag: _____ seit wann: _____ Wenn nein, haben Sie früher geraucht? Wie viele/Tag: _____ Wie lange/bis wann: _____
Alkohol	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, was: _____ und wie viel
Drogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche:

Bei Patientinnen

Schwangerschaften	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl _____	Geburten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl: _____
Antibabypille	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche	
Monatsblutung	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> schmerzhaft		

Nehmen Sie Medikamente ein? Bitte legen Sie einen aktuellen Medikamentenplan vor.

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden, bzw. den Grund Ihrer Vorstellung bei uns

Datum: _____

Unterschrift: _____