



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 einem Anamnesebogen, der alle wesentlichen 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 Festnetz Telefonnummer:	mobil :	
Telefon und Name Angehörige:		

Familiäre Vorerkrankungen

Bluthochdruck, Herzerkrankung, Fettstoffwechselerkrankung, Blutzuckererkrankung, Blutgerinnungsstörung, Tumorerkrankung, ggf. ergänzen.

Vater:	Mutter:
Geschwister:	Weitere Verwandte:
Großvater mütterlich:	Großmutter mütterlich:
Großvater väterlich:	Großmutter väterlich:

Ihre Vorerkrankungen

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutzuckererkrankung	<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: _____ Wenn ja, seit 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: ____
Anitbabypille	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche _____	
Monatsblutung	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> schmerzhaft		

Voruntersuchungen

Art der Untersuchung	Arzt	wann
Magen- u./o. Darmspiegelung		
CT-, MRT- u./o. Röntgen		
Gynäkologische Untersuchung		

Krankheiten, Krankenhausaufenthalte und Operationen

Art	Krankenhaus/Arzt	wann

Medikamente

Bitte, wenn möglich, einen aktuellen Medikamentenplan vorlegen!!

Medikament	Dosis	Wie oft	Seit wann

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

Datum:

Unterschrift: _____