

ANAMNESEBOGEN

Name: _____	Geburtsdatum: _____
Vorname: _____	Größe: _____
Tel.: _____	Gewicht: _____
E-Mail: _____	Sonstiges: _____

Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte

Jetzige Beschwerden:

Haben/ hatten Sie schon folgende Erkrankungen? ja nein weiss nicht

1. Thyphus/Parathyphus/Ruhr...			
2. Tuberkulose			
3. Grüner Star, Glaukom			
4. Nasennebenhöhlenentzündung			
5. Schilddrüsenkrankheiten			
6. Lungen- und Rippenfellentzündung			
7. Asthma, Heuschnupfen			
8. Allergische Reaktionen			
9. Hoher Blutdruck			
10. Schlaganfall, Lähmungen			
11. Herzinfarkt			
12. Andere Herzkrankheiten, Gefäßleiden			
13. Krampfadern, Haemorrhoiden, Thrombose			
14. Magen- oder Darmgeschwür			
15. Vorstropfung, Durchfall			
16. Gelbsucht, Leberkrankheiten			
17. Gallensteine			
18. Nieren-,Nierenbecken- oder Blasenentzündung			

19. Nieren- oder Blasensteine			
20. Krankheiten der Prostata			
21. Schwierigkeiten beim Wasserlassen			
22. Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane			
23. Krankheiten der weibl. Brüste			
24. Hautkrankheiten			
25. Geschlechtskrankheiten			
26. Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch			
27. Ischiasbeschwerden			
28. Epilepsie (Krampfanfälle)			
29. Zuckerkrankheit (Diabetes)			
30. Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesterin)			
31. Gicht			
32. Gelenkrheumatismus			
33. Andere Krankheiten der Gelenke/Wirbelsäule			
34. Knochenbrüche/Unfälle			
35. Blutarmut, Blutkrankheiten			
36. Krebs			
37. Andere Krankheiten, welche?			
38. Sind Sie schwanger?			
39. Leiden Sie an einer Sehstörung?			
40. Wurden Sie schon einmal operiert, wenn ja, woran?			
41. Nehmen Sie regelmäßig Medikament? Welche?			
42. Nehmen Sie die Pille oder andere Hormonpräparate?			
43. Trinken Sie regelm. Alkoholische Getränke?			
44. Rauchen Sie?			
45. Haben Sie geraucht?			
46. Nehmen oder nahmen Sie Drogen?			
47. Treiben Sie weniger als 2x pro Woche Sport?			

Krankheiten in Ihrer Familie?**ja****nein****weiss nicht**

	ja	nein	weiss nicht
1. Hoher Blutdruck / Schlaganfall			
2. Herzinfarkt			
3. Übergewicht			
4. Zuckerkrankheiten (Diabetes)			
5. Gicht			
6. Nerven-, Gemüts- oder Geisteskrankheiten			
7. Epilepsie (Krampfanfälle)			
8. Tuberkulose (TBC)			
9. Gallenstein, Nierensteine, Blasensteine			
10. Krebs			
11. Suchtkrankheiten			
12. Andere Krankheiten? Welche?			

Allgemeinbefinden?

1. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 5 Kg zugenommen?			
2. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 5 kg abgenommen?			
3. Haben Sie auffallend großen Durst?			
4. Schlafen Sie schlecht, oder schlecht ein/durch?			
5. Bedrückt Sie etwas?			

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient*in/ gesetzliche*r Vertreter*in)

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Ihr Praxis-Team

Datenschutzhinweis:

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die gesammelten Informationen dienen zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung, der Behandlung oder der Verwaltung von Gesundheitsdiensten. Wir speichern ihre Daten in unserer praxisinternen Datenverarbeitung und geben diese ohne Ihre Erlaubnis nicht an Dritte weiter.