



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

| | 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. Vorstufung, 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

| Krankheiten in Ihrer Familie? | 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.