

## Anamnese Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrem Termin aus. Bei Unklarheiten sind wir Ihnen gerne behilflich.

### Persönliche Daten

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

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

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Festnetz-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

### Bekannte Erkrankungen

- |                                       |                             |                               |       |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Anfallsleiden (Epilepsie)             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |       |
| Blutgerinnungsstörung                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |       |
| Herz-Kreislauf-Erkrankung             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |       |
| Herzrhythmusstörung                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |       |
| Herzschritmacher                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |       |
| Bluthochdruck                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |       |
| Leber- / Magenerkrankung              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |       |
| Nierenerkrankung                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |       |
| Psychische Erkrankung                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |       |
| Schilddrüsenerkrankung                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |       |
| Atemwegserkrankung                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |       |
| Diabetes Mellitus                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |       |
| Osteoporose                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |       |
| Rheumatoide Arthritis                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |       |
| Tumorerkrankungen (Wenn ja, welche?)  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| Weitere Vorbefunde (Wenn ja, welche?) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |

### Familienanamnese

- |                             |                             |                               |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stents                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bluthochdruck               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

- Diabetes Mellitus  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
- Cholesterinerhöhung  ja  nein
- Nierenerkrankung (z.B. Steine)  ja  nein
- Lungenerkrankungen (z.B. Asthma)  ja  nein
- Tumorerkrankungen (Wenn ja, welche?)  ja  nein \_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese**

Hatten Sie Operationen?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? Wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein  
 Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  ja  nein  
 Wenn ja, wie oft?  täglich  ab und zu  \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Dauermedikation**

Name	Milligramm / Hub	Morgens / Mittags / Abends

**Sozialanamnese**

- alleinstehend  verheiratet  in Partnerschaft  verwitwet
- Kinder  ja  nein
- Patientenverfügung  ja  nein

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns natürlich streng vertraulich behandelt.

---

Datum, Ort Unterschrift des Patienten Unterschrift Praxis