

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir einige Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in einem kleinen Anamnesebogen. Bei Fragen wenden Sie sich vertrauensvoll an uns. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Name, Vorname, Geburtsdatum:	
Telefonnummer (Festnetz/ dienstl./ Handy):	
Früherer Hausarzt (Name, Ort, Telefon):	
Größe:	Gewicht:

Ja Nein

Rauchen Sie? Wenn ja wieviel?		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja wie oft, was und wieviel?		
Nehmen Sie sonstige Drogen ? Wenn ja, welche und wie oft und wieviel?		
Haben Sie berufliche oder private Sorgen und Schwierigkeiten?		
Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?		
Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?		
Haben sie das Gefühl, ständig besorgt zu sein und dies nicht unter Kontrolle zu haben?		
Treiben Sie regelmäßig Sport?		
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?		
1.		
2.		
3.		
4.		



Fortsetzung	Ja	Nein
Sind Allergien gegen Medikamente, Pollen, Lebensmittel bekannt? Wenn ja, welche?		
Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und woran?		
Haben Sie einen Impfausweis? Wenn ja, bringen Sie diesen bitte bei Ihrem nächsten Praxisbesuch mit, wir beraten Sie gern.		
Wurden bei Ihnen bereits Vorsorgeuntersuchungen (Checkup, Krebsvorsorge) durchgeführt? Wenn ja, wann zuletzt und welche Vorsorgeuntersuchungen?		
Sind in Ihrer Familie bestimmte Erkrankungen gehäuft aufgetreten ? Wenn ja, welche?		
Bluthochdruck		
Herzerkrankungen (Rhythmusstörungen, Herzinfarkt, Herzkranzgefäßerkrankung usw.)		
Schlaganfall		
Blutgerinnungsstörungen		
Zuckererkrankung (Diabetes mellitus)		
Fettstoffwechselstörungen/Cholesterinerhöhung		
Psychische Erkrankungen		
Krebserkrankungen		

Bestehen bei **Ihnen** chronische Erkrankungen?

	Ja	Nein	Unbek.
Hoher Blutdruck?			
Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, COPD?			
Herzinfarkt oder andere Herzerkrankungen?			



Krampfadern, Thrombose, offene Beine?			
Lungenembolie?			
Gelbsucht, Hepatitis?			
Nierenerkrankungen?			
Hauterkrankungen?			
Zuckerkrankheit (Diabetes)?			
Harnsäureerhöhung (Gicht)?			
Hatten Sie schon einen Gichtanfall?			
Blutungsneigung, Blutarmut, Blutgerinnungsstörungen?			
Tumorleiden?			
Schilddrüsenerkrankung?			
Rheumaerkrankungen?			
Andere Erkrankungen der Gelenke oder der Wirbelsäule?			
Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch?			
Psychische Erkrankungen?			
Krampfanfälle (Epilepsie)?			
Weitere Nervenkrankheiten (Lähmungen n. Schlaganfall usw.)?			
Grüner Star (Glaukom) oder Grauer Star (Katarakt)?			
Infektiöse Krankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV usw.)?			
Andere Erkrankungen und Probleme? Wenn ja welche?			
Möchten Sie in unser Erinnerungssystem aufgenommen werden?			

Datum und Unterschrift