

Anamnesebogen · Hausarzt

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____ Fax _____

Handy _____ E-Mail _____

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt, wenn ja seit wann?

Ja **Nein**

- Bluthochdruck
- Herzkranzgefäßerkrankungen, Herzinfarkt
- angeborene oder erworbene Herzerkrankung
- Schlaganfall, Durchblutungsstörungen der Beine
- Zuckererkrankung
- Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte)
- Lungenerkrankung (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Lungenentzündung)
- Thrombose oder Lungenembolie
- Tumorerkrankungen
- Chronische Infektionserkrankungen
- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
- Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star)
- Krampfleiden, andere Nervenleiden (z.B. M. Parkinson, Polyneuropathie)
- Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)
- Operationen/Unfälle
- Sonstige Erkrankungen

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt:

- Bluthochdruck
- Herzkranzgefäßerkrankungen
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine
- Zuckererkrankungen
- Tumorerkrankungen
- psychische Erkrankungen

Sozialanamnese

Familienstand _____

Kinder _____

Beruf/Tätigkeit _____

Freizeitaktivitäten/Sport, wenn ja - wie oft? _____

Allgemeine Anamnese

Ja Nein

- Bluthochdruck Allergien oder Unverträglichkeitsreaktionen,
z.B. Medikamente-, oder Kontrastmittelallergie
- Rauchen Sie oder haben Sie geraucht, wenn ja seit wann, wieviel?
- Trinken Sie gelegentlich oder regelmäßig Alkohol?
- Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten, Stimmungsaufheller oder
Drogen ein?
- Besteht ein Impfschutz gegen Tetanus (Wundstarrkrampf),
Diphtherie und Polio (Kinderlähmung),
Grippe und Pneumokokken (Lungenentzündung)?

Wie groß sind Sie: _____ cm

Wieviel wiegen Sie: _____ kg

Nehmen Sie bei Bedarf oder regelmäßig Medikamente ein,
welche und in welcher Dosierung?

Wurden bei Ihnen bereits folgende Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt?

Ja Nein

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gesundheitsuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebsfrüherkennung für Frauen/Männer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Darmspiegelung |

Vielen Dank für Ihre Mühe! Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab,
damit die Informationen in den Computer übernommen werden können.