



ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Liebe Patientinnen, liebe Patienten!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen nach Ihren Möglichkeiten vor Ihrer Arzt-Konsultation aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen dazu, Ihren Gesundheitszustand zu erfassen und eine nötige Behandlung für Sie individuell zu gestalten.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, helfen wir Ihnen gerne.

PERSÖNLICHE DATEN:

Name, Vorname:

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Tel.: _____ Geburtsdatum: _____

Name eines Angehörigen (zur Verständigung im Ernstfall):

Verwandtschaftsverhältnis: _____ Tel.: _____

Hausarzt:

WURDEN SIE SCHON EINMAL OPERIERT?

Am Herzen (z.B. koronarer Bypass): Ja Nein Was: _____ Wann: _____

An Gefäßen: Ja Nein Was: _____ Wann: _____

Schilddrüse: Ja Nein Was: _____ Wann: _____

Mandeln: Ja Nein Was: _____ Wann: _____

Gallenblase: Ja Nein Was: _____ Wann: _____

Bauch: Ja Nein Was: _____ Wann: _____

Gelenkersatz (Knie, Hüfte): Ja Nein Was: _____ Wann: _____

Wirbelsäule (z.B. Bandscheibe,...): Ja Nein Was: _____ Wann: _____

Sonstige Operationen 1: _____ Was: _____ Wo: _____

Sonstige Operationen 2: _____ Was: _____ Wo: _____

ALLERGIEN:

Pollen: Ja Nein **Hausstaubmilben:** Ja Nein

Gräser: Ja Nein **Nahrungsmittel:** Ja Nein

Tierhaare: Ja Nein **Kontrastmittel:** Ja Nein

NAHRUNGSMITTEL-INTOLERANZEN:

Lactose: Ja Nein **Histamin:** Ja Nein

Fructose: Ja Nein **Gluten:** Ja Nein

MEDIKAMENTEN-UNVERTRÄGLICHKEITEN:

Penicillin: Ja Nein **Aspirin:** Ja Nein

Sonstige: _____

**VORERKRANKUNGEN BZW. BESTEHENDE ERKRANKUNGEN:**

Herzklappenerkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Herzrhythmusstörungen (z.B. Extrasystolie):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Vorhofflimmern:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Schlaganfall:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Asthma bronchiale / COPD:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Zuckerkrankheit (Diabetes):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Fettstoffwechselstörung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Gichtanfälle:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Schilddrüsenknoten:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:

Fortsetzung: Vorerkrankungen bzw. bestehende Erkrankungen:

Hashimoto Thyreoiditis:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Leberentzündung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Gallensteine:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Magengeschwüre:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Darmpolypen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Darmentzündung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Nierensteine:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Rheumatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Migräne:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Krampfadern:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Peripher arterielle Durchblutungsstörungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Thrombosen / Lungeninfarkte:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Gerinnungsstörungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Relevante Infektionserkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Psychische Probleme:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Depressionen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Schwindel:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Erhöhte Vergesslichkeit:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Erhöhte Tagesmüdigkeit:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Infektanfälligkeit:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:
Schlafstörungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was:	Wann:



Hatten Sie Krankheiten, nach denen wir noch nicht gefragt haben? Wenn ja welche?:

LETZTE STATIONÄRE AUFENTHALTE:

(Krankenhaus, Reha etc. / Wo? / Wann? / die letzten 5 Jahre) **Befunde bitte mitbringen!**

MRT / CT / RÖNTGEN / HERZKATHETER ETC.:

(Was? / Wo? / Wann? / die letzten 5 Jahre) **Befunde bitte mitbringen!**

GASTROSKOPIE IN VORGESCHICHTE: Befunde bitte mitbringen!

Ja Nein Zuletzt: _____ Wo: _____ Ergebnis: _____

COLOSKOPIE IN VORGESCHICHTE: Befunde bitte mitbringen!

Ja Nein Zuletzt: _____ Wo: _____ Ergebnis: _____

KÖRPERGEWICHT IN DEN LETZTEN 5 JAHREN: Schwankungen >5 kg

gleich geblieben zugenommen abgenommen

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

Wenn ja, welche? (Stärke, Dosierung)

morgens mittags abends nachts

	morgens	mittags	abends	nachts

DURCHGEFÜHRTE IMPFUNGEN Bitte Impfpass mitbringen

FSME Hepatitis A/B Tetanus fraglich

FAMILIEN-ANAMNESE Krankheiten oder familiäre Belastungen **Ihrer Eltern/Geschwister/Kinder**

Bluthochdruck: Ja Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes): Ja Nein

Fettstoffwechselstörung: Ja Nein

Frühzeitiger Herzinfarkt (<60 Jahre): Ja Nein



Sekundenherztod: Ja Nein

Frühzeitiger Schlaganfall (<60 Jahre): Ja Nein

Asthma/COPD: Ja Nein

Psychiatr. Erkrankungen (z.B. Depression): Ja Nein

Rheuma: Ja Nein

Osteoporose: Ja Nein

Thrombosen / Lungeninfarkte: Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen: Ja Nein

Krebserkrankungen: Ja Nein

Wenn ja: Darm Brust Prostata Lunge Andere

Sind Ihnen sonstige Krankheiten innerhalb der Familie bekannt?

RAUCHEN SIE?

Ja Nein

Wenn ja, wie viel?

TRINKEN SIE VERMEHRT ALKOHOL?

Ja Nein

Täglich Ab und zu

AKTUELLE BESCHWERDEN

ABKLÄRUNGSWÜNSCHE

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

Wir werden uns bemühen, Ihre internistische Untersuchung und die Klärung Ihrer Gesundheitseinschränkungen mit großer Sorgfalt durchzuführen. Ihr Ordinationsteam