

Anamnesebogen / Patientenfragebogen



Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrem Praxisbesuch
mit. Damit helfen Sie uns, sie optimal zu betreuen.

Kontaktdaten:

Nachname, Vorname Geburtsdatum

Handynummer / Telefonnummer E-Mail Adresse

Familienstand Kinder Beruf

Allgemeine Fragen:

Leiden Sie unter Allergien oder gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?

Nein Ja, folgende:

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (auch frei verkäufliche Medikamente/die Pille):

Bringen Sie bitte Ihren aktuellen Medikamentenplan mit!

Welche Operationen hatten Sie bisher?

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Augenerkrankungen		Chron. Hauterkrankungen
Hatten Sie einen Schlaganfall	Wann:	Psychische Erkrankungen
Besteht ein Anfallsleiden?		Fettstoffwechselstörung
Diabetes		Schilddrüsenerkrankung
Gicht		Bluthochdruck
Herzinfarkt		Herzschwäche
Koronare Herzerkrankung		Herzrhythmus- störungen
Lungenerkrankung / Lungenentzündung		Asthma

COPD	Chronische Darmentzündung:
Sodbrennen / Refluxerkrankungen	letzte Magenspiegelung:
Magen / Zwölffinger- darmgeschwür	Gallensteine
Divertikulose	letzte Koloskopie:
Darmpolypen	Nierensteine
Nierenschwäche	Inkontinenz
Arthrose	Gelenkersatz
Rheumatische Erkrankungen	Bandscheibenvorfall
Gerinnungsstörungen /Thrombose	HIV / Aids
Hepatitis	Krebserkrankung

Erkrankungen in der Familie (leibliche Eltern, Großeltern, Geschwister)

Krebserkrankungen/ Darmpolypen	Herzinfarkt/ Schlaganfall
Bluthochdruck	Diabetes mellitus

Impfungen

Ich habe keinen Impfpass
 Meine Impfungen müssen überprüft werden
 Meine letzte Impfung ist mind. 10 Jahre her

Rauchen

Ich habe nie geraucht
 Ich rauche seit Jahren nicht mehr
 Ich rauche seit ca. Zigaretten/Tag

Alkohol

Ich trinke fast nie Alkohol
 Ich trinke regelmäßig Alkohol

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ort/Datum

Unterschrift