

- Hausarzt
- Notfallmedizin
- Betriebsmedizin



ANAMNESEFRAGEBOGEN

Dieser Anamnesefragebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Männlich: Weiblich:
 Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Beruf: _____
 Tel. (privat): _____ (geschäftlich): _____
 E-Mail: _____

Hatten Sie eine/mehrere der folgenden Kinderkrankheiten?

Masern	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Röteln	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Windpocken	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Mumps	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Scharlach	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Operationen?

Blinddarm	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Mandeln	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Harnsäurestoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gicht	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Aids	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leberentzündung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Allergien gegen?

Penicillin	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Aspirin-Acetylsalicylsäure	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blütenstaub	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tierhaare	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

	Hausstaubmilben	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Nahrungsmittel*	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	*Wenn ja, welche?	_____	
	Metalle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Familienvorgeschichte	Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Fettstoffwechsel	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Krebs*	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	*Wenn ja, welcher?	_____	
Vegetative Anamnese	Durst *	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
	Appetit	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
	Stuhlgang	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
	*Wenn nicht normal,	Durchfall <input type="checkbox"/>	Verstopfung <input type="checkbox"/>
	*Wenn Durchfall,	Mit Blut <input type="checkbox"/>	Mit Schleim <input type="checkbox"/>
	*Wie oft am Tag? _____	Wann? _____	
	Wasserlassen	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
	*Wenn nicht normal, "Brennen" <input type="checkbox"/>	Startschwierigkeiten <input type="checkbox"/>	
		Nachts öfter als 1 - 2 Mal <input type="checkbox"/>	
	Gewicht	Konstant <input type="checkbox"/>	Nicht konstant <input type="checkbox"/>
	*Wenn nicht konstant,	Zunahme <input type="checkbox"/>	Abnahme <input type="checkbox"/>
	Kilogramm _____ in Monaten _____		
	Mir ist sehr oft kalt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Mir ist sehr oft warm	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Ich schwitze übermäßig	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Ich habe oft Kopfschmerzen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Rauchen Sie?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	*Wenn ja, wie viele am Tag? _____		
	Trinken Sie Alkohol?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	*Wenn ja, wie oft?	Täglich <input type="checkbox"/>	Ab und zu <input type="checkbox"/>
	*Was?		
	*Wie viel?		
Bei Patientinnen:	Schwangerschaften	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Geburten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Antibabypille	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Monatsblutungen	Regelmäßig <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
		Schmerzhaft <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/>
			Ja <input type="checkbox"/>
Alle Patienten:			
	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	*Wenn ja, welche?	_____	
	Körpergröße (in cm) _____ Gewicht (in kg) _____		
Ich habe Impfschutz gegen	Tetanus	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Diphtherie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Polio	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	BCG-Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Mumps	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Hepatitis A	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

