



## Anamnesebogen

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Krankenakte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Name  Vorname  Geburtsdatum

**Aktueller Anlass Ihres Kommens:**

**Operationen (mit ungefährender Jahreszahl)**

**Bitte Zutreffendes ankreuzen.**

Bei mir sind folgende **Erkrankungen** bekannt.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                      | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung      |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit                    | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit         |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung            | <input type="checkbox"/> Gelenk-Rheuma         |
| <input type="checkbox"/> Harnsäurestoffwechselstörung/Gicht | <input type="checkbox"/> Tuberkulose           |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit                      | <input type="checkbox"/> AIDS/HIV              |
| <input type="checkbox"/> Lungenkrankheit                    | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung              | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden         |
| <input type="checkbox"/> Leberentzündung/Hepatitis          | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung/Krebs |

Allergien/Unverträglichkeiten:

Sonstiges oder ergänzende Angaben:

In meiner Familie (Vater, Mutter, Geschwister) sind folgende **Erkrankungen** bekannt:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck           | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt      |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit         | <input type="checkbox"/> Schlaganfall     |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |

Krebs (wer, in welchem Alter, welche Art):

Sonstiges oder ergänzende Angaben:

**Bitte Zutreffendes ankreuzen.**

<b>Durst</b>	normal	<input type="checkbox"/>	vermehrt	<input type="checkbox"/>		
<b>Appetit</b>	normal	<input type="checkbox"/>	vermehrt	<input type="checkbox"/>	vermindert	<input type="checkbox"/>
<b>Stuhlgang</b>	normal	<input type="checkbox"/>	Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Durchfall	<input type="checkbox"/>
Bei Durchfall: wie oft am Tag: _____ mit Blut <input type="checkbox"/> mit Schleim <input type="checkbox"/>						
<b>Wasserlassen</b>	normal	<input type="checkbox"/>	vermehrt	<input type="checkbox"/>	brennen	<input type="checkbox"/>
	Startschwierigkeiten		<input type="checkbox"/>		Nachts öfter als 1-2 mal <input type="checkbox"/>	
<b>Gewicht</b>	konstant	<input type="checkbox"/>	Zunahme	<input type="checkbox"/>	Abnahme	<input type="checkbox"/>
	wieviel kg:		in wieviel Monaten:			

Mir ist oft sehr kalt  
 Mir ist oft sehr warm  
 Ich schwitze übermäßig  
 Ich habe oft Kopfschmerzen  
 Ich rauche  
Anzahl pro Tag: \_\_\_\_\_ seit wieviel Jahren: \_\_\_\_\_

Ich trinke Alkohol ab und zu  täglich   
Falls ja was: \_\_\_\_\_ wieviel: \_\_\_\_\_

Ich nehme regelmäßig Medikamente ein  
Falls ja, welche (auch frei verkäufliche)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich trage eine Brille/Kontaktlinsen  
 Ich trage ein Hörgerät

**Für Frauen**

Schwangerschaften (Anzahl)  
 Geburten (Anzahl)  
 Verhütungsmittel "Pille"  
 Monatsblutungen regelmäßig  unregelmäßig  schmerzhaft

Letzte Röntgenuntersuchung/CT war wann?  
.....

Minderung der Erwerbsfähigkeit .....%; Grad der Behinderung:.....%; Pflegestufe:.....

Tel. \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, Ärzte, Ämter (u.a. Versorgungsamt), Krankenkassen etc.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_