

Anamnese-Bogen

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir viele Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in einem ausführlichen Anamnesebogen, der alle nötigen Fragen beinhaltet.

Patient

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Alter in Jahren: _____

weiblich

männlich

Geschlecht: : Größe in cm _____

Gewicht in kg: _____

Allgemeine Fragen

Wodurch wurden Sie auf uns aufmerksam?

Bekannte / Freunde

Homepage

Krankenkasse

Sonstiges

_____ Genauere Angabe

Ihre Gewohnheiten

	Ja	Nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie viel Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie frisches Gemüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie regelmäßig Seefisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie Fleisch und Wurst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Sie ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wieviel	_____	Seit wann	_____
Wie oft	_____	Welchen	_____
Wie oft	_____	Welchen	_____
Wie oft	_____	Welchen	_____
Wie oft	_____	Wieviel	_____
Wie oft	_____	Wieviel	_____
Wie oft	_____	Wieviel	_____
_____	_____	Stunden pro Nacht	_____

Haben Sie Beschwerden an bzw. mit

	Ja	Nein
Kopf/ Hals/ Schilddrüse/ Zähnen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz/ Kreislaufsystem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge/ Atemwegen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen/ Darmsystem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niere/Harnsystem/Genital/Sexualität:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerven/Knochen/Muskeln/Gelenken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Beschwerden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche?

Psychisches und körperliches Befinden

	Ja	Nein
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>
Wasserlassen	Normal	<input type="checkbox"/>	Vermehrt	<input type="checkbox"/>
Brennen	Startschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	Nachts öfter als 1-2 mal	<input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Gewicht	Konstant	<input type="checkbox"/>	Nicht konstant	<input type="checkbox"/>
	Zunahme	<input type="checkbox"/>	Abnahme	<input type="checkbox"/>
	von _____	Kilogramm in _____	Monaten	

Haben Sie

	Ja	Nein
bestehende Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frühere Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frühere Operationen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhter Blutdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhte Blutfette:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche?

Für Patientinnen:

	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibabypille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monatliche Blutung regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann? _____

Besitzen Sie einen Impfausweis? Ja Nein
Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Wann war der letzte Check-up? _____

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Art	Häufigkeit	Seit wann?

Gibt es in Ihrer Familie?

	Ja	Nein
Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfälle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebsleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rücken und Gelenkkrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei welchen Verwandten?

Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Therapien, Kuren:

	Datum

Bei Bedarf kontaktieren Sie mich bitte

per Telefon unter folgender Nummer: _____

per E-Mail unter folgender E-Mail-Adresse: _____

per Post unter folgender Anschrift: _____

Möchten Sie über die Praxis per Mail Neuigkeiten erfahren! Ja Nein

Datum _____

Unterschrift _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantragung der Fragen Zeit genommen haben.