

Name: Vorname: Geschlecht: w m d
 Anschrift:
 Tel.: Handy: Email:
 geb. am: Alter in Jahren
 Größe in cm: Gewicht in kg:

Anamnese-Bogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
 wir freuen uns, dass Sie in unsere Praxis gekommen sind. 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.

Berufs- und Lebenssituation

Sie sind berufstätig als mit Stunden/Woche
 Schüler/Student Hausfrau Rentner
 Gibt es besondere Belastungen im täglichen (Berufs-) Leben? (z.B. Schichtdienst, zu pflegende Angehörige,...)
 nein ja,
 Sind sie ledig verheiratet/in Partnerschaft lebend geschieden/ getrennt lebend
 verwitwet
 Haben Sie Kinder? nein ja, wieviel....., Geburtsjahr(e)
 Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? nein ja, Prozent
 Benötigen Sie eine Brille/ Kontaktlinsen? Hörgerät?
 Erhalten Sie Unterstützung bei der häuslichen Versorgung (z.B. ambulanter Pflegedienst, Essen auf Rädern,..)
 nein ja,
 Haben Sie einen Pflegegrad? nein ja, Pflegegrad
 Haben Sie eine/n Patientenverfügung ? Vorsorgevollmacht Organspendeausweis

Welche Erkrankungen sind in bei Ihnen bekannt?

Keine	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Gicht	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung, Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Asthma/ chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/>	chronischer Kopfschmerz, Migräne	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose/ HIV (Aids)	<input type="checkbox"/>	Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden/ Epilepsie	<input type="checkbox"/>
Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Leber-, Gallenwegserkrankung	<input type="checkbox"/>	Demenz	<input type="checkbox"/>
Bauchspeicheldrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Erkrankung von Skelett oder Muskulatur	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Gelenkerkrankung	<input type="checkbox"/>
Gefäßkrankung (pAVK, Krampfadern)	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>
Welche Art?		Allergie	<input type="checkbox"/>
		Welche Art?	

In welcher fachärztlicher Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?

Kardiologe Orthopäde Urologe
 Lungenarzt Neurologe Sonstiges:

Anamnesebogen

(Seite 2/3)

Patienten-Name

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?(Geschwister, Eltern u. deren Geschwister, Großeltern)

- Herzerkrankung, Herzinfarkt ja bei wem?.....
- Bluthochdruck ja bei wem?.....
- Blutzuckerkrankheit ja bei wem?.....
- Schlaganfall ja bei wem?.....
- Krebserkrankung ja bei wem?.....
welche Art?

Ihre Gewohnheiten

- | | nein | ja | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wieviel Seit wann |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wie oft Welchen |
| Treiben Sie Sport? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wie oft Welchen |
| Schlafen Sie ausreichend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stunden pro Nacht |
| Essen Sie frisches Gemüse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Essen Sie Fleisch und Wurst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Essen Sie regelmäßig Seefisch? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Vegetative Anamnese

- | | | | |
|---|---|--|--|
| Durst | <input type="checkbox"/> vermehrt | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> normal |
| Appetit | <input type="checkbox"/> vermehrt | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> normal |
| Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> normal |
| | <input type="checkbox"/> mit Blut? | <input type="checkbox"/> mit Schleim? | |
| Wasserlassen <input type="checkbox"/> mit Brennen | <input type="checkbox"/> vermehrt | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> normal |
| <input type="checkbox"/> blutig | <input type="checkbox"/> Startschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> nachts mehr als 2 mal | |
| Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> vermehrt | | <input type="checkbox"/> normal |
| Gewicht | <input type="checkbox"/> Zunahme | <input type="checkbox"/> Abnahme | <input type="checkbox"/> konstant |
| | von kg in Monaten | | |
| Mir ist oft kalt / warm | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich schwitze übermäßig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich habe oft Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich habe Luftnot/ Luftmangel | <input type="checkbox"/> im Liegen | <input type="checkbox"/> beim Treppensteigen | <input type="checkbox"/> bei Aufregung |

Für Patientinnen:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--|
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Geburten: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wieviele: Wann |
| Antibabypille | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Monatsblutungen | <input type="checkbox"/> schmerzhaft | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> regelmäßig |
| Vorsorge beim Frauenarzt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Letzte Vorsorge: (Monat/Jahr) |

Welche Operationen hatten Sie (Wann und wo)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Gebärmutter-OP |
| <input type="checkbox"/> Herz-OP | <input type="checkbox"/> Mandeln-OP |
| <input type="checkbox"/> Gefäß-OP | <input type="checkbox"/> Blinddarm-OP |
| <input type="checkbox"/> Krebs-OP | <input type="checkbox"/> Bruch-OP |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-OP | <input type="checkbox"/> Sonstige Operationen |
| <input type="checkbox"/> Gallenblasen-OP | |
| <input type="checkbox"/> Brust-OP | |

Notieren sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Therapien, Kuren

	Datum

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Art	Häufigkeit (z.B. 1-0-1)	Seit wann?	Art	Häufigkeit (z.B. 1-0-1)	Seit wann?

Besitzen Sie einen Impfausweis?

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Sind bei Ihnen Vorsorgeuntersuchungen erfolgt?

- Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lebensjahr? nein ja , wann
- Vorsorgedarmspiegelung ab 50./55. Lebensjahr? nein ja , wann
- Krebsfrüherkennung für Männer ab 45. Lebensjahr nein ja , wann
- Hautkrebsvorsorge? nein ja , wann

Möchten Sie an anstehende Vorsorgetermine per Email und/oder telefonisch erinnert werden?

nein ja

Vielen Dank, dass sie sich für die für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Auetal, den

.....
(Unterschrift)