



## Anamnese - Patienten Fragebogen

Wenn Sie zum ersten mal in die Ordination kommen, brauchen wir alle relevante Informationen bezüglich Ihrer Erkrankung. Um die Registrierung zu vereinfachen, füllen Sie bitte diesen Anamnesebogen aus. Behalten Sie diesen Ausdruck falls Sie andere Fachärzte aufsuchen müssen.

**WICHTIG: Für Ihre Sicherheit werden die hier angegebenen Informationen nicht weiter geleitet.  
Nach Ausfüllen des Formulars sollten Sie den Fragebogen ausdrucken, um die Ergebnisse nicht zu verlieren.**

Sind Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Krebs, Nierenerkrankungen oder andere Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt?

Ja       Nein

Wenn Sie mit Ja geantwortet haben, geben Sie bitte alle Erkrankungen sowie die Verwandtschaftssituation zur jeweiligen betroffenen Person an.

Krankheit: \_\_\_\_\_ Verwandtschaft: \_\_\_\_\_

Krankheit: \_\_\_\_\_ Verwandtschaft: \_\_\_\_\_

Krankheit: \_\_\_\_\_ Verwandtschaft: \_\_\_\_\_

Krankheit: \_\_\_\_\_ Verwandtschaft: \_\_\_\_\_

Krankheit: \_\_\_\_\_ Verwandtschaft: \_\_\_\_\_

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bei wem:

Name: \_\_\_\_\_ Fachbereich: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Fachbereich: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Fachbereich: \_\_\_\_\_

Letzte ärztliche Untersuchung.

Datum: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_  
Tag / Monat / Jahr

Fachbereich: \_\_\_\_\_

### Für Frauen

Letzte gynäkologische Untersuchung und Mammografie:

Datum: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_  
Tag / Monat / Jahr

Geben Sie alle ihre Krankheiten an und wie lange Sie den Zustand haben (Monat/Jahr der Diagnostik).

|                  |                           |
|------------------|---------------------------|
| Krankheit: _____ | Datum (Monat/Jahr): _____ |
| Krankheit: _____ | Datum (Monat/Jahr): _____ |
| Krankheit: _____ | Datum (Monat/Jahr): _____ |
| Krankheit: _____ | Datum (Monat/Jahr): _____ |

Sind Sie schon einmal auf einer Intensivstation gelegen?

Ja       Nein

Wenn ja, weswegen?

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| Grund: _____ | Datum (Tag/Monat): _____ |
| Grund: _____ | Datum (Tag/Monat): _____ |
| Grund: _____ | Datum (Tag/Monat): _____ |
| Grund: _____ | Datum (Tag/Monat): _____ |

Wie oft im vergangenen Jahr? \_\_\_\_\_

Mussten Sie im letzten Jahr über Nacht hospitalisiert werden?

Ja       Nein

Wenn ja, weswegen?

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| Grund: _____ | Datum (Tag/Monat): _____ |
| Grund: _____ | Datum (Tag/Monat): _____ |
| Grund: _____ | Datum (Tag/Monat): _____ |
| Grund: _____ | Datum (Tag/Monat): _____ |

Wie oft im vergangenen Jahr? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon Operationen?

Ja       Nein

Geben Sie die Art oder den Grund der Operation(en) einschließlich des jeweiligen Datums an.

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| Grund: _____ | Datum (Monat/Jahr): _____ |
| Grund: _____ | Datum (Monat/Jahr): _____ |
| Grund: _____ | Datum (Monat/Jahr): _____ |
| Grund: _____ | Datum (Monat/Jahr): _____ |

Sind Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen auf Medikamente oder Nahrungsmittel bekannt?

---

---

---

---

Ist eine anaphylaktische Reaktion bei Ihnen bekannt (Gesichtsschwellung, Atemnot)?

Ja       Nein

Sind Sie Raucher?

Ja       Nein

Welche Produkte verwenden Sie, wie viel und seit wieviel Jahren?

Zigaretten     Zigarren     Pfeife     Schnupftabak     Kautabak

Wieviel: \_\_\_\_\_    Wie viele Jahre: \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?

Ja       Nein

Glas Bier pro Tag:    nie     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10     mehr

Glas Wein pro Tag:    nie     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10     mehr

Glas Schnapps pro Tag:    nie     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10     mehr

Nehmen Sie Drogen?

Ja       Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Ja       Nein

Geben Sie Medikament, Name und tägliche Dosierung an:

Medikament: \_\_\_\_\_    Name: \_\_\_\_\_    Dosierung: \_\_\_\_\_

Täglich     Mehrere Male/Tag     Wöchentlich     Mehrere Male/Woche     Monatlich

Mehrere Male/Monat     Wie benötigt

Um Fehler zu vermeiden, bringen Sie alle Medikamente Ihrer Kinder in Originalformat mit.