

# Anamnesefragebogen

Wenn Sie möchten, bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zum ersten Termin bei einem unserer Ärzte mit. Selbstverständlich erhalten Sie die Fragebögen auch in unserer Praxis.

Für Neupatienten:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer Konsultation bei einem unserer Ärzte aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

## Personalien

|               |  |
|---------------|--|
| Name          |  |
| Vorname       |  |
| Geburtsdatum  |  |
| Straße        |  |
| PLZ           |  |
| Stadt         |  |
| Telefon       |  |
| Mail          |  |
| Beruf         |  |
| Familienstand |  |

## Aktuelle Beschwerden:

|                      | Ja/ Welche | Nein |
|----------------------|------------|------|
| Aktuelle Beschwerden |            |      |

## Vorerkrankungen

|                                 | JA | NEIN | unbekannt |
|---------------------------------|----|------|-----------|
| Thrombosen/oder Lungen embolien |    |      |           |
| Bluthochdruck                   |    |      |           |
| Blutzuckerkrankheit             |    |      |           |
| Fettstoffwechselstörung         |    |      |           |
| Herzkrankheit                   |    |      |           |
| Magenerkrankung                 |    |      |           |
| Lungenkrankheit                 |    |      |           |
| Nierenerkrankung                |    |      |           |
| Krebs                           |    |      |           |
| Hautkrankheit                   |    |      |           |
| Gicht                           |    |      |           |
| Rheuma                          |    |      |           |
| Leberentzündung/Gelbsucht       |    |      |           |
| Psychische Erkrankung           |    |      |           |
| Sonstiges                       |    |      |           |

## Operationen

|           | Ja/wann ? | Nein |
|-----------|-----------|------|
| Blinddarm |           |      |
| Mandeln   |           |      |
| Sonstiges |           |      |

|   | Ja | Nein |
|---|----|------|
| Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus/ Warum? |    |      |
| Waren Sie im letzten Jahr im Ausland? Wenn ja wo?           |    |      |



**Gewohnheiten:**

|                                | Ja | Nein | Wie viel  | Seit wann  |
|--------------------------------|----|------|-----------|------------|
| Rauchen Sie                    |    |      |           |            |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol |    |      |           |            |
| Haben Sie viel Stress          |    |      |           |            |
| Treiben Sie Sport              |    |      |           |            |
| Essen Sie frisches Gemüse      |    |      |           | XXXXXXXXXX |
| Essen Sie regelmäßig Seefisch  |    |      |           | XXXXXXXXXX |
| Essen Sie Fleisch und Wurst    |    |      |           | XXXXXXXXXX |
| Schlafen Sie ausreichend       |    |      | Std/Nacht | XXXXXXXXXX |
| Essen Sie Milchprodukte/Käse?  |    |      |           |            |

**Vegetative Anamnese: Veränderungen im letzten Jahr?**

|              | Vermehrt | Vermindert |
|--------------|----------|------------|
| Durst        |          |            |
| Appetit      |          |            |
| Stuhlgang    |          |            |
| Wasserlassen |          |            |
| Ich schwitze |          |            |

**Schmerzanamnese:**

|  | Ja/ Wo? | Nein |
|--|---------|------|
| Leiden Sie unter wiederkehrenden Schmerzen ? |         |      |

### **Familienvorgeschichte**

|                     | Ja | Nein | Vater | Mutter | Opa | Oma |
|---------------------|----|------|-------|--------|-----|-----|
| Bluthochdruck       |    |      |       |        |     |     |
| Blutzuckerkrankheit |    |      |       |        |     |     |
| Herzinfarkt         |    |      |       |        |     |     |
| Fettstoffwechsel    |    |      |       |        |     |     |
| Asthma              |    |      |       |        |     |     |
| Krebs               |    |      |       |        |     |     |
| Thrombosen          |    |      |       |        |     |     |
| Sonstiges           |    |      |       |        |     |     |

|                           |     |       |
|---------------------------|-----|-------|
| Haben sie einen Impfpass? | Ja: | Nein: |
| Wann letzte Impfung?      |     |       |

|                       | Ja/ Dioptrien? | Nein |
|-----------------------|----------------|------|
| Brille /Kontaktlinsen |                |      |

|             |  |
|-------------|--|
| Körpergröße |  |
| Gewicht     |  |

### **Für Patientinnen:**

|                          | Ja | Nein |
|--------------------------|----|------|
| Geburten / wie viele     |    |      |
| Fehlgeburten             |    |      |
| Menstruationsbeschwerden |    |      |
| Verhütung                |    |      |

**Bei seelischen Beschwerden:**

|  | Ja | Nein |
|--|----|------|
| Schlafen Sie gut?  |    |      |
| Haben Sie Freude an Dingen, verloren, die Ihnen früher immer Spaß gemacht haben?   |    |      |
| Fühlen Sie sich häufig einsam?   |    |      |
| Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen?  |    |      |
| Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Alltagsaufgaben zu bewältigen? (Zuhause/Beruf)      |    |      |
| Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Gedanken ständig um die gleichen Probleme kreisen? |    |      |
| Haben Sie Probleme sich unter vielen Menschen zu bewegen?                          |    |      |
| Haben Sie Ängste?  |    |      |

Itzehoe, den

Unterschrift Patient:

Dürfen wir Sie regelmäßig auf Prophylaxe - Maßnahmen, wie Impfungen Gesundheitsuntersuchung (Check up) usw. ansprechen bzw. erinnern?