



**Anamnesefragebogen**

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Patient:.....

Beruf:..... Tel.: .....

Körpergröße (in cm): .....Gewicht (in kg): .....

**Bei welchem Hausarzt waren Sie zuvor in Behandlung?**

.....

**Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?**

Masern ja  nein

Röteln ja  nein

Windpocken ja  nein

Mumps ja  nein

Scharlach ja  nein

**Hatten Sie Operationen?**

Blinddarm ja  nein

Mandeln ja  nein

Sonstige Operationen:

.....

**Vorerkrankungen?**

Bluthochdruck ja  nein

Blutzuckerkrankheit ja  nein

Magenerkrankung ja  nein

Tumorerkrankung ja  nein

Nierenerkrankung ja  nein



- |                                      |                             |                               |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hautkrankheit                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Harnsäurestoffwechselstörung (Gicht) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gelenk-Rheuma                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose                          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Aids                                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Leberentzündung                      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma                               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankheit                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankung                | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Sonstiges:

.....  
.....

**Familienvorgeschichte:**

- |                        |                             |                               |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechsel       | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall           | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Krebs                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welcher Krebs | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

.....  
.....



**Sonstige Vorerkrankungen in der Familie?**

.....  
.....  
.....

**Allergien gegen:**

- |                              |                             |                               |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Penicillin                   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Aspirin (Acetylsalicylsäure) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Blütenstaub                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tierhaare                    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hausstaubmilben              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsmittel               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Metalle                      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche?

.....

**Sonstiges:**

Sind Sie Raucher? ja  nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

.....

Trinken Sie Alkohol?  ja  nein

Wenn ja, wie oft?  täglich  ab und zu

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche, wie viele und zu welcher Tageszeit (morgens, mittags, abends)?

.....  
.....

Tragen Sie Sehhilfen?  Brille  Kontaktlinsen

Wenn ja, Dioptrien:.....

**Ich besitze Impfschutz gegen:**

Tetanus	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Polio	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Mumps	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Röteln	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Gürtelrose	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

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

Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

Ihr Praxisteam