

Anamnesefragebogen

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

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich: weiblich:

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Tel./Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

vorheriger Hausarzt: _____

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern ja nein

Röteln ja nein

Windpocken ja nein

Mumps ja nein

Scharlach ja nein

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche:

Sind Allergien bekannt, wenn ja welche?

Haben Sie bekannte Vorerkrankung?

Bluthochdruck ja nein

Blutzuckerkrankheit ja nein

Magenerkrankung ja nein

Tumorerkrankung ja nein

Nierenerkrankung ja nein

Hautkrankheit ja nein

Fettstoffwechselstörung ja nein

Harnsäurestoff-

wechselstörung (Gicht) ja nein

Gelenk Rheuma ja nein

Tuberkulose ja nein

HIV Infektion ja nein

Leberentzündung ja nein

Asthma ja nein

Herzkrankheit ja nein

Psychische Erkrankung ja nein

Anfallsleiden ja nein

Sonstiges: _____

Familienvorgeschichte

Bluthochdruck ja nein

Blutzuckerkrankheit ja nein

Fettstoffwechsel ja nein

Herzinfarkt ja nein

Asthma ja nein

Krebs ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Sonstiges: _____

Sind Sie Raucher?

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Trinken Sie Alkohol?

Wenn ja, wie oft? Täglich ab und zu

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten