

# 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