

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Damit wir Ihr Ihnen in allen gesundheitlichen Fragestellungen möglichst gut zur Seite stehen können, ist es wichtig, dass Sie die wichtigsten medizinischen Informationen zu Ihrer Vorgeschichte mit uns teilen. Bitte füllen Sie daher den Anamnesebogen so umfassend wie möglich aus, bei Fragen steht Ihnen unser Team gerne zur Verfügung!

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____ **Datum:** _____
Körpergröße: _____ **Gewicht:** _____ **Blutdruck zu Hause:** _____

Eigene Krankheitsvorgeschichte:

Erkrankung	Nei n	Ja	Datum	Erkrankung	Nei n	Ja	Datum
Bluthochdruck				Schilddrüse			
Herzerkrankungen				Gynäkologische Erkrankungen			
Gefäßerkrankungen				Prostata- Erkrankungen			
Lungenerkrankungen				Nervenerkrankungen			
Nierenerkrankungen				Psychische Krankheiten			
Lebererkrankungen				Krampfleiden			
Bauchspeicheldrüse				Zuckerkrankheit			
Magenerkrankungen				Gicht			
Blutkrankheiten				Erhöhung Cholesterin, Blutfette			
Tumorerkrankungen				chron. Infektionskrankheiten			
Thrombosen, Embolien				Rheumatische Erkrankungen			
Hautkrankheiten				Wirbelsäule, Gelenke			

Bestehen andere Erkrankungen? Welche und wann sind diese aufgetreten?

Hatten Sie bereits Operationen? Welche und wann?

Hatten Sie schon Krankenhausaufenthalte? Ursache, wann und wo?

Hatten Sie schon schwerwiegendere Unfälle? Welche und wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? In welcher Dosierung?

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?

Wann und wo erfolgte Ihre letzte Darmspiegelung? Wie war das Ergebnis?

Bestehen Allergien (Medikamente, Jod, Kontrastmittel, Pollen etc.) oder Unverträglichkeiten?

Welche Erkrankungen sind in Ihrer näheren Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) bereits aufgetreten?
Besonders von Interesse: Herz- Kreislauferkrankungen, Schlaganfall, Tumorerkrankungen, Diabetes, Rheuma....

Allgemeines

Wer sind Ihre vor- oder heute noch mitbehandelnden Ärzte?

Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie ausgeübt?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel und seit wann?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel?

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen und wie häufig?

Wie viel Bewegung (z.B. zu Fuß gehen, Rad fahren) machen Sie pro Woche (Angabe in Minuten)?

Leiden Sie unter Verdauungsbeschwerden (Durchfälle, Verstopfung, Blähungen etc...), wenn ja welcher Art?

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? (Nächtlicher Harndrang, Schmerzen, Blasenschwäche etc...)

Impfungen: Wann war Ihre letzte Impfung gegen:

Impfung	Datum	Impfung	Datum
Diphtherie/Tetanus		Grippe	
Keuchhusten		FSME	
Pneumokokken		Sonstige:	

Haben Sie eine Patientenverfügung erstellt?

Was sollten wir noch von Ihnen wissen?

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!