

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich freue mich, Sie in meiner Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie hier optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, vorab folgenden Fragebogen auszufüllen.

### Persönliche Daten

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Telefon:	Mobil:	Mail:

### Welche Beschwerden bestehen aktuell?

- Herzbeschwerden     Luftnot     Beschwerden der Nieren / der Harnwege  
 Hauterkrankung     Beschwerden der Knochen / Gelenke     Magen-/Darmbeschwerden  
 Schwindel     Seh-/Hörstörungen     Störungen der Libido/Sexualität  
 Sonstige/nähere Beschreibung: \_\_\_\_\_
- 

### Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt:

- Diabetes     Schilddrüsenerkrankungen     Bluthochdruck     KHK     Herzschwäche  
 Lungenerkrankungen     Schlaganfall     erhöhte Blutfette     Operationen  
 Krebserkrankungen     Thrombose     Baucherkrankungen     psychische Erkrankungen  
 Sonstige/nähere Beschreibung: \_\_\_\_\_
- 

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis, ggf. auch akt. Medikamentenplan mitbringen.)**

Medikament, Stärke	früh	mittags	abends

**Bitte wenden!**

**Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?**  Ja  Nein

Wenn „Ja“, welche:

**Wie groß sind Sie?** cm **Wie ist Ihr aktuelles Gewicht?** kg

Sind Sie kleiner geworden?

Hat sich Ihr Gewicht in den letzten 6 Monaten deutlich verändert (mehr als +/- 2 kg)?

**Haben Sie einen Impfausweis? Stehen Auffrischungsimpfungen an?**

Für Patienten ab 18 bzw. ab 35 Jahren: **Wann war Ihr letzter Check-up?** \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung?**  Ja, wann: \_\_\_\_\_  Nein

**Rauchen:**  Ja  Nein **Wenn „Ja“: Wie viele Zigaretten täglich:** \_\_\_\_\_ **Seit wann:** \_\_\_\_\_

**Alkohol:**  Ja  Nein **Wenn „Ja“: Wie viel und wie häufig:** \_\_\_\_\_

**Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt:**

KHK/Herzinfarkt  Diabetes  Bluthochdruck  Krebserkrankungen  Schlaganfall

Durchblutungsstörungen der Beine  rheumatische Erkrankungen

Sonstige: \_\_\_\_\_

Treiben Sie **Sport?**  Ja  Nein

**Beruf:**

**Wohnsituation:**  mit Partner/in lebend  geschieden  verwitwet  alleinstehend

Angehörige im Haus

Mitunter ist der Austausch medizinisch relevanter Daten mit anderen Kollegen oder Dienstleistern erforderlich und wichtig.

Sind Sie ggf. einverstanden mit dem **Datenaustausch** zwischen meiner Praxis und (bitte ankreuzen):

anderen Haus-/Fachärzten

Labordienstleistern

Krankenhäusern/Kliniken?

**Datum:**

**Unterschrift:**