



Sehr geehrte(r) Patient*in,
 damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, benötigen wir Informationen von Ihnen, z. Bsp. zu Ihrer Krankengeschichte und Ihrer Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in einem Anamnesebogen, der alle wesentlichen Fragen beinhaltet.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
 Telefon/Mobil-Nr.: _____ Familienstand: _____
 E-Mail: _____ Kinder (wie viele): _____
 Beruf: _____ beschäftigt bei: _____

Beruflicher Kontakt zu Giftstoffen und wenn ja, zu welchen? _____

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Ihre Vorerkrankungen

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Thrombose/Embolien	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Gelenk-Rheuma	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Hautkrankheit	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Gicht	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Schilddrüsenkrankheit	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Asthma	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
COPD	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Blut-/Tumorerkrankung*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
AIDS	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Leberentzündung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja					

*Wenn ja, welche? _____

Allergien / Unverträglichkeiten:	Penicillin	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
	Kontrastmittel	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
	Andere*	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja

*Wenn ja, welche? _____

Familienanamnese (Groß-/Eltern, Geschwister, Kinder)

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja*
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja					

*Welche? _____

Andere Erkrankungen: _____

Vegetative Anamnese:

Durst normal vermehrt

Appetit normal vermehrt vermindert

Stuhlgang normal

Wenn nicht normal Durchfall _____ pro Tag, Blut dabei
 Verstopfung

Wasserlassen normal vermehrt

Nachts öfter als 1-2 mal Nein Ja "Brennen"

Gewicht Konstant Zunahme Abnahme seit _____ ca. _____ kg

Nachtschweiß Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja Wie viele: _____ Seit wann: _____

Alkohol? Nein Ja* Täglich Ab und zu

* Was? _____ Wieviel? _____

Gynäkologische Vorgeschichte

Schwangerschaften Nein Ja

Geburten Nein Ja Zahl der Kinder: _____

Antibabypille Nein Ja* *Welche? _____

Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung? Monat _____ Jahr _____

Wechseljahres-Beschwerden Nein Ja

Unregelmäßigkeiten der Regel Nein Ja

In welchem Alter setzte die Regelblutung aus (Menopause)? _____ Lebensjahr

Ich trage Brille / Kontaktlinsen Nein Ja

Voruntersuchung	Behandelnde(r)Arzt/Ärztin	Wann	Nicht durchgeführt
Magenspiegelung			
Darmspiegelung			
Sonographie			
CT-, MRT-, Röntgen Untersuchung			
Gynäkologische Untersuchung			

Nehmen Sie Drogen

Nein

Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja

Medikament	Wie oft	Seit wann

Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Kuren

Krankenhaus	Erkrankung	Wann

Wo werden Sie aktuell (innerhalb der letzten 12 Monate) behandelt

Erkrankung	behandelnde(r) Ärztin/Arzt	Seit wann

Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden (bzw. den Grund Ihrer Vorstellung bei uns)

Datum, Unterschrift Patient/in