



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 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	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Gerinnungsstörung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja*	<input type="checkbox"/>

\*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

Ich schwitze nachts  Nein  Ja

Rauchen Sie?  Nein  Ja Wie viele? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Alkohol?  Nein  Ja\*  Täglich  Ab und zu

\* Was? \_\_\_\_\_ Wie viel? \_\_\_\_\_

**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) Ärztin/Arzt	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