

{Patient-Name} {Patient-Vorname} {Patient-Geburtsdatum} {Patient-PLZ+Ort} {Patient-Straße}

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, benötigen wir Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankengeschichte und Ihrer Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in einem Anamnesebogen, der alle wesentlichen Fragen beinhaltet

Bitte bringen Sie zum Termin alle Ihnen vorliegenden aktuellen **Befunde** mit.  
Ebenso bitte den **Impfausweis** nicht vergessen

Name \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_ : Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wer hat Sie zu uns überwiesen: \_\_\_\_\_

Benachrichtigung im Notfall \_\_\_\_\_

Beruf: beschäftigt bei \_\_\_\_\_

Körpergröße (in cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (in kg) \_\_\_\_\_

#### Ihre Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hautkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Infarkt/ Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Gicht	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
AIDS	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Leberentzündung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Blut/Tumorerkrankung*	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

\*Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergien gegen? Penicillin    Nein     Ja     Andere    Nein     Ja

\*Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### Familienvorgeschichte

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Infarkt/ Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Krebs*	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

\*Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Andere Erkrankungen \_\_\_\_\_

**Vegetative Anamnese**

Durst Normal  Vermehrt   
Appetit Normal  Vermehrt  Vermindert   
Stuhlgang Normal  Vermehrt  Durchfall  Verstopfung   
Wenn Durchfall Mit Blut  Mit Schleim  Wie oft am Tag? \_\_\_\_\_

Wasserlassen Normal   
Wenn nicht normal, "Brennen"  Nachts öfter als 1 - 2 mal  Vermehrt

**Gewicht** Konstant   
Wenn nicht konstant Zunahme  Abnahme  \_\_\_\_\_ Kilogramm in \_\_\_\_\_ Monaten

**Ich schwitze nachts** Nein  Ja

**Zigaretten** Nein  Ja  \*Wenn ja, wie viele am Tag? \_\_\_\_\_  
\*Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

**Alkohol** Nein  Ja  \*Wenn ja, Täglich  Ab und zu

\*Was? \_\_\_\_\_ \*Wieviel? \_\_\_\_\_

**Bei Patientinnen:**

**Schwangerschaften** Nein  Ja  **Geburten** Nein  Ja  Zahl der Kinder \_\_\_\_\_

**Antibabypille** Nein  Ja  \*Welche? \_\_\_\_\_

**Pflegegrad:** keine  I  II  III  IV  V

**Werden Sie von einem Pflegedienst versorgt ?**

Ja  Welcher Pflegedienst ? \_\_\_\_\_ Nein

**Besteht eine Patientenverfügung oder / und Vorsorgevollmacht? wenn ja bitte vorlegen**

**Grad der Schwerbehinderung:**

**Haben Sie Hilfsmittel? Wenn ja welche?** \_\_\_\_\_

Voruntersuchung	behandelnde(r) Ärztin/ Arzt	wann	nicht durchgeführt
Magen <input type="checkbox"/> Darm <input type="checkbox"/> Spiegelung			
Sonographie (Ultraschalluntersuchung)			
Körperliche Untersuchung			
CT-, MRT-, Rö.-Untersuchung			
Gynäkologische Untersuchung			

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** Nein  Ja  (welche bitte umseitig)

Medikament	Wie oft	Seit wann

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

Erkrankung	behandelnde(r) Ärztin/ Arzt	Seit wann

**Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Therapien, Kuren:**

Krankenhaus	Erkrankung	wann

**Bitte beschreiben Sie ihre aktuellen Beschwerden (Grund Ihrer Vorstellung hier):**

---



---



---



---



---



---



---

Datum : \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_