

ANAMNESE-FRAGEBOGEN:

Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte zum ersten Termin in unserer Praxis mit.

Für Neupatienten:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer Konsultation bei einem unserer Ärzte aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.



PERSONALIEN

Name		Telefon	
Geburtsdatum		Mail	
Straße		Beruf	
PLZ und Ort		Familienstand	

AKTUELLE BESCHWERDEN:

VORERKRANKUNGEN:

	Ja / Seit wann?	Nein
Bluthochdruck		
Blutzuckerkrankheit (Diabetes mellitus)		
Fettstoffwechselstörung		
Gicht		
Hautkrankheiten (z.B. Ekzem)		
Herzkrankheit (z.B. Herzinfarkt)		
Krebserkrankungen		
Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis, Gelbsucht)		
Lungenkrankheit (z.B. COPD)		
Magenerkrankung (z.B. Geschwür)		
Nierenerkrankung (z.B. Nierensteine)		
Psychische Erkrankungen (z.B. Depression)		
Rheuma		
Thrombose, Lungenembolie		
Sonstiges		

OPERATIONEN:

	Ja / Wann?	Nein
Blinddarm		
Mandeln		
Sonstige		

ORGANSPENDE: (bitte ankreuzen)

JA	NEIN	UNENTSCHLOSSEN
----	------	----------------

LETZTE VORSORGEUNTERSUCHUNGEN:

	Wann? / Wo?	Nein
Darmspiegelung		
Magenspiegelung		
Hautscreening		
Prostatauntersuchung		

STATIONÄRE BEHANDLUNGEN:

	Ja / Wann? / Warum? / Wo?	Nein
Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus?		
Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Ausland?		

ALLERGIEN, UNVERTRÄGLICHKEITEN:

	Ja / Welche?	Nein

MEDIKAMENTE:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?	Häufigkeit bitte ankreuzen!			
	Morgens	Mittag	Abend	Nacht
1.)				
2.)				
3.)				
4.)				
5.)				
6.)				
7.)				

GEWOHNHEITEN:

	Ja	Nein	Wieviel?	Seit wann?
Rauchen Sie?			Stck./d	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?			x/Wo.	
Haben Sie viel „Stress“?				
Treiben Sie Sport?			x/Wo.	
Essen Sie frisches Gemüse?				
Essen Sie regelmäßig Seefisch?				
Essen Sie Fleisch und Wurst?				
Schlafen Sie ausreichend?			h/d	
Essen Sie Milchprodukte / Käse?				