

ANAMNESE-FRAGEBOGEN:

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



PERSONALIEN

Name, Vorname		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		

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		
Pollen		
Hausstaubmilben		
Tierhaare		
Metalle		
Nahrungsmittel		
Sonstiges		

MEDIKAMENTE:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?		Häufigkeit bitte ankreuzen!			
		Morgens	Mittag	Abend	Nacht
1.)					
2.)					
3.)					
4.)					
5.)					
6.)					
7.)					
8.)					
9.)					
10.)					

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?				