



Anamnesebogen Hausarzt

Liebe Patientin, lieber Patient

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen

Persönliche Daten:

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtstag: _____

Telefon: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam _____

Wo wurden Sie vorher behandelt _____

Allgemeine Anamnese:

Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt, wenn ja seit wann?

- | | |
|--|---------|
| Bluthochdruck | Ja/Nein |
| Herzkranzgefäßerkrankungen, Herzinfarkt | Ja/Nein |
| Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen(auch Herzklappen) | Ja/Nein |
| Schlaganfall | Ja/Nein |
| Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK) | Ja/Nein |
| Schlaganfall | Ja/Nein |
| Zuckererkrankung/ Diabetes Mellitus | Ja/Nein |
| Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte) | Ja/Nein |
| Tumorerkrankungen | Ja/Nein |
| Chronische Infektionskrankheiten | Ja/Nein |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | Ja/Nein |
| Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Tbc) | Ja/Nein |
| Thrombose oder Lungenembolie | Ja/Nein |
| Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star) | Ja/Nein |
| Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen) | Ja/Nein |
| Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen | Ja/Nein |
| Operationen /Unfälle | Ja/Nein |
| Sonstiges: | |

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel _____ Zigaretten

Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja, wieviel _____ Gläser/Woche

Sind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt (z.B. Medikamente)

Wenn ja, gegen welche: _____

Nehmen Sie regelmäßige Schlaftabletten / Stimmungsaufheller ? Ja/Nein

Wie groß sind Sie: _____ cm Wieviel wiegen Sie _____ kg

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein:

| Medikamente | morgens | mittags | abends | spät |
|-------------|---------|---------|--------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt:

| | | |
|--------------------------------------|----------------------|---------|
| Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahre: | wann: | Ja/Nein |
| Krebsfrüherkennungsuntersuchung: | wann: | Ja/Nein |
| Darmspiegelung: | wann: | Ja/Nein |
| Impfungen: | wenn ja wann zuletzt | |

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt:

Bluthochdruck
Herzerkrankungen, Herzinfarkt
Schlaganfall
Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
Zuckererkrankungen / Diabetes Mellitus
Tumorerkrankungen
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
Thrombose oder Lungenembolie
Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)

Sozialanamnese

Familienstand _____ Kinder _____

Beruf _____

Hobbys _____