



**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

