

Anamnesebogen

Name, Vorname _____

geb. am _____

Wohnort, Straße _____

Familienstand ledig verheiratet verwitwet
 getrennt lebend geschieden

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____

Sehr geehrter Patient:

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch.

Bitte beantworten Sie die Fragen gewissenhaft und vollständig. Kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen deutlich an.

Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Telefon: _____

HATTEN SIE SCHON EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN? E-Mail: _____

Kinderkrankheiten

- Röteln
- Masern
- Mumps
- Scharlach
- Diphtherie
- Keuchhusten
- Rachitis
- Windpocken

Infektionskrankheiten

- Typhus/Paratyphus/Ruhr
- ansteckende Gelbsucht
- TBC
- Geschlechtskrankheiten
- Rheumat. Fieber
- Sonstige

Hals-Nasen-Ohren-Augen-Krankheiten

- Grüner, grauer Star
- Sehstörungen
- Sonstige

- Nasen-Nebenhöhlenentzündungen
- Heuschnupfen
- Nasenbluten
- Sonstige

- Mandelentzündungen
- Zahnerkrankungen
- Sonstige

- Mittelohrentzündung
- Schwerhörigkeit
- Sonstige

Lungenerkrankungen

- Lungen-Rippenfellentzündung
- Bronchitis
- Asthma
- Sonstige

Herz- und Gefäßerkrankungen

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzfehler
- Herzschmerzen
- Herzstolpern
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörung der Beine
- Krampfader
- Thrombose
- Sonstige

Bauchkrankungen

- Gallensteine
- Gelbsucht
- Lebererkrankungen
- Magenbeschwerden
- Magen-Zwölffingerdarmgeschwür
- Verstopfung
- Durchfälle
- Sonstige

Nieren- und Geschlechtskrankheiten

- Blasen-Nierenentzündungen
- Blasen-Nierensteine
- Blutiger Urin
- Prostataleiden
- Frauenkrankheiten
- Sonstige

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit
- Gicht
- erhöhte Blutfette
- Schilddrüsenerkrankungen
- Sonstige

Knochen und Gelenkerkrankungen

- Rheuma
wo _____
- Bandscheibenschaden
- Gelenkbeschwerden
wo _____
- Sonstige

Sonstige Erkrankungen

- Allergie
wogegen _____
- Hautkrankheiten
- Blutkrankheiten, z.B. Blutarmut
- Krebs
- Krampfanfälle
- Nervöse Beschwerden
- Gemütskrankheiten
- andere

NUR FÜR WEIBLICHE PATIENTEN:

- Geburten

- Regel (Abstand, Dauer)

- Wechseljahre (Beginn)

Sonstige Fragen zu Ihrer Person

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Fühlen Sie sich häufig einsam? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihrem Partner? (Ehegatten, Freundin, Freund) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Schwierigkeiten in der Familie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit (Beruf, Haushalt, auch im Ruhestand) unzufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie noch andere Sorgen oder Schwierigkeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meinen Sie, daß Sie in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol (Bier, Wein, Schnaps)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie geraucht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Kinder? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie den Eindruck, daß Ihre Beschwerden überhaupt nur nervös bedingt sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt . . . ?

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| . . . durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| . . . durch Staub/Rauch/Abgase (Arbeitsplatz, Wohnbereich) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| . . . durch Schichtarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente (auch Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche?

Nehmen oder nahmen Sie die Pille? ja nein

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | Vater | Mutter | Groß-
eltern | Kin-
der |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hoher Blutdruck, Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übergewicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie (Krampfanfälle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose (Tbc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gallensteine, Nierensteine, Blasensteine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krebs (einschl. Blutkrebs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gegenwärtige Beschwerden

- | Suchen Sie die Praxis auf wegen: | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwindelgefühlen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Augenbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hals-, Hasen- oder Ohrenbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden an Mund, Zähnen oder Wangen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atemnot oder Husten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden in der Brust oder Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden im Rücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden in Armen oder Händen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden in Beinen oder Füßen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden beim Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brechreiz, Erbrechen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden im Bauch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden oder Veränderungen beim Stuhlgang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden in der Nierengegend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden oder Veränderungen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden im Bereich der Geschlechtsorgane | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautveränderungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie sonstige Beschwerden? Wenn ja, welche?

Wenn Sie Schmerzen haben, versuchen Sie, diese zu beschreiben!

Unterschrift