

## Anamnesefragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrem ersten Arztbesuch aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

**Straße:** \_\_\_\_\_ **PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_

**Zuständige Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_




---

### Vorerkrankungen?

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutzuckerkrankheit                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magenerkrankung                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tumorerkrankung                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankung                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hautkrankheit                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fettstoffwechselstörung                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Harnsäurestoffwechsel-<br>störung (Gicht) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenk Rheuma                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aids                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leberentzündung                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzkrankheit                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Psychische Erkrankung                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

---

### Allergien gegen?

- |                                 |                             |                               |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Penicillin                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aspirin<br>(Acetylsalicylsäure) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blütenstaub                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tierhaare                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hausstaubmilben                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nahrungsmittel                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

### Familienvorgeschichte

- |                     |                             |                               |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutzuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fettstoffwechsel    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krebs               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

### Raucher?

ja    nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

### Alkohol?

Wenn ja, wie oft?    täglich    ab und zu    nie

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

Körpergröße (in cm): \_\_\_\_\_

Gewicht (in kg): \_\_\_\_\_

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

---

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten

Unterschrift und Stempel der Praxis