

Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen nach Ihren Möglichkeiten vor Ihrem Arzt-Kontakt aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen dazu, Ihren Gesundheitszustand zu erfassen und eine nötige Behandlung für Sie individuell zu gestalten. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, helfen wir Ihnen gerne.

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Hausarzt _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Gewicht: _____ **Größe:** _____

Lebensgewohnheiten:

Alkohol ja nein wenn ja, wieviel: _____

Zigaretten ja nein wenn ja, tgl. Menge: _____

Der Grund Ihres Termins:

- aktuelle Beschwerden/Fragestellung: _____
- Ich komme zur Vorsorgeuntersuchung/Gesundenuntersuchung
- Ich komme zur Untersuchung vor einer Operation - folgende OP ist geplant
-

Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt bzw. folgende OP's durchgeführt worden:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung | <input type="checkbox"/> Zucker (Diabetes mellitus) |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> sonstige Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Asthma oder COPD |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Operationen: | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: | _____ | |

Stuhlgang: Keine Probleme

Harn: Kein Problem

Verstopfung

Durchfall

Schmerzen

Blutbeimengung

Schwarzer Stuhl

Blutauflagerungen

Wasserlassen nachts - wie oft:

In meiner Familie sind folgende Erkrankungen sehr häufig:

Herzinfarkte / Herzerkrankungen wenn ja, bei wem? _____

Krebserkrankungen wenn ja, bei wem und welcher Art? _____

Schlaganfälle wenn ja, bei wem? _____

Diabetes / Zucker wenn ja, bei wem? _____

Nehmen Sie täglich Medikamente?

Medikament / Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Information

Hiermit bestätige ich, die Angaben nach bestem Wissen verfasst zu haben.

Zudem bin ich damit einverstanden, dass meine Vorbefunde von den jeweiligen Krankenhäusern oder Ärzten eingeholt werden und der Befundbericht auch an den zuweisenden Arzt übermittelt wird.

Schwaz, am _____ Unterschrift: _____

Zusatzblatt Vorsorgeuntersuchung

Sind Ihnen zuletzt Veränderungen auf der Haut aufgefallen? JA NEIN

Erfolgte eine hautärztliche Kontrolle innerhalb der letzten 2 Jahre? JA NEIN

Bestehen Probleme mit Zahnfleisch/Zähnen? JA NEIN

Tragen sie eine Zahnprothese? JA NEIN

Bestehen Probleme mit dem Gehör? JA NEIN

Bestehen Probleme mit den Augen? JA NEIN

Gibt es Fälle von grünem Star in der Familie? JA NEIN

Wann war die ca. die letzte augenärztliche Kontrolle?

Bewegen Sie sich regelmäßig? JA NEIN

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung? JA NEIN

→ Wenn ja, wann: _____

Waren Sie schon einmal beim Urologen? JA NEIN

Für Frauen:

Erfolgen regelmäßige gynäkologische Kontrollen? JA NEIN

Regelmäßige Mammographien? JA NEIN