



# Anamnese Fragebogen

Zwei Kontaktpersonen (zur Verständigung im Ernstfall):

1.) \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

2.) \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Bei welchem Hausarzt waren Sie bisher?

Dr. med. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Welche mitbehandelnden Ärzte haben Sie bisher konsultiert?

Dr. med. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Dr. med. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Dr. med. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Dr. med \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Sind Allergien bekannt?  Ja  Nein

Medikamente  Nahrungsmittel  Insektengift  Tierhaare  Pollen

Gräser  Hausstaubmilben  Penicillin  Sonstige Antibiotika

Kontrastmittel  Schmerzmittel  Aspirin  Lokalanästhetika

Andere Allergien?

\_\_\_\_\_

Nahrungsmittelintoleranzen bekannt?

Lactoseintoleranz  Fructoseintoleranz  Glutenunverträglichkeit

Histaminunverträglichkeit

Sonstige?

\_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  Ja  Nein

falls ja, welche Sportart?

\_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (z.B. vegetarisch, vegan)?

\_\_\_\_\_

Schlafen Sie ausreichend:  Ja  Nein Std/Nacht: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein

Wenn ja, wie viel:

\_\_\_\_\_

## Rauchen

Ich habe nie geraucht

Ich habe früher geraucht \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ich rauche immer noch \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Wieviel rauchen/ten Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

## Andere Substanzen wie Medikamente oder illegale Drogen:

### Vegetative Anamnese: Veränderungen im letzten Jahr?

Durst:  vermehrt  vermindert

Appetit:  vermehrt  vermindert

Stuhlgang:  vermehrt  vermindert

Wasserlassen:  vermehrt  vermindert

Ich schwitze:  vermehrt  vermindert

### Welche Infektionskrankheiten haben Sie/hatten Sie in der Vergangenheit?

Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C  Masern  Mumps  Röteln

Windpocken  Keuchhusten  Kinderlähmung  Borreliose  Tuberkulose

Syphilis

### Sind bei Ihnen Erkrankungen aufgetreten?

Krebs:  Ja  Nein \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Welche Form? \_\_\_\_\_

Schlaganfall:  Ja  Nein \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

Herzinfarkt:  Ja  Nein \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

Bluthochdruck:  Ja  Nein \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Herzrhythmusstörungen:  Ja  Nein \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Welche Form? \_\_\_\_\_

Sonstige Gefäßkrankheiten:  Ja  Nein \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Welche Form? \_\_\_\_\_

Zucker/Diabetes:  Ja  Nein \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Fettstoffwechselstörung:  Ja  Nein \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörung:  Ja  Nein \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Bandscheibenvorfall:  Ja  Nein \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Leberentzündung/Hepatitis:  Ja  Nein \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

AIDS:  Ja  Nein \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Magen-/Darmerkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	seit:
<hr/>		<hr/>
Welche Form?		
<hr/>		
Inkontinenz:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	seit:
<hr/>		<hr/>
Asthma:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	seit:
<hr/>		<hr/>
COPD/chron. Bronchitis:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	seit:
<hr/>		<hr/>
Schilddrüsenerkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	seit:
<hr/>		<hr/>
Welche Form?		
<hr/>		
Augenerkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	seit:
<hr/>		<hr/>
Welche Form?		
<hr/>		

**Sind Sie schon mal operiert worden (z.B. Mandeln, Blinddarm, Gallenblase)?**

Falls ja, woran und wann?

---



---



---

**Wurden bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt?**

Wenn Ja, wann und wo und mit welchem Ergebnis:

---

**Schmerzanamnese:**

Leiden Sie unter wiederkehrenden Schmerzen?  Ja  Nein

Wenn ja, wo?

---

**Impfungen**

Haben sie einen Impfpass?  Ja  Nein

Wann letzte Impfung?

---

**Für Patientinnen:**

Geburten:  Ja  Nein wie viele:

Fehlgeburten:  Ja  Nein wie viele:

Menstruationsbeschwerden:  Ja  Nein welche:

Verhütung:  Ja  Nein wie:

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

Medikamentenname	Wirkstoffstärke	morgens	mittags	abends	nachts

**Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?**

Krebs:  Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Welche Form? \_\_\_\_\_

Schlaganfall:  Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Herzinfarkt:  Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Bluthochdruck:  Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Zuckerkrankheit:  Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Fettstoffwechselstörung:  Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Magen-/Darmerkrankung:  Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Welche Form? \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Grippenimpfung gewünscht:  Ja  Nein

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vetreters

Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen.