

ANAMNESE - FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer Konsultation bei einem unserer Ärztinnen aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Personalien

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ	
Stadt	
Telefon	
Mail	
Beruf	

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten ?

	JA	NEIN
Masern		
Röteln		
Windpocken		
Keuchhusten		
Mumps		
Sonstige ? Welche?		

Vorerkrankungen

	JA	NEIN
Bluthochdruck		
Diabetes mellitus		
Fettstoffwechselstörung		
Herzkrankheit		
Magenerkrankung		
Lungenkrankheit		
Nierenerkrankung		
Krebs		
Hautkrankheit		
Gicht		
Rheuma		
Leberentzündung		
Psychische Erkrankung		
Sonstiges		

Operationen

	JA / Wann ?	NEIN
Blinddarm		
Mandeln		
Sonstiges		

Allergien gegen

	JA / Welche ?	NEIN
Medikamente		
Pollen		
Hausstaubmilben		
Tierhaare		
Metalle		
Nahrungsmittel		
Sonstiges		

Gewohnheiten

	JA / Wie viel ?	NEIN
Zigaretten		
Alkohol		
Sport		

Vegetative Anamnese

	NORMAL	VERMEHRT	VERMINDERT
Durst			
Appetit			
Stuhlgang			
Wasserlassen			
Ich schwitze			

Psychische Anamnese

	JA	NEIN
Schlafen Sie gut ?		
Haben Sie Freude an Dingen verloren, die Ihnen früher immer Spaß gemacht haben ?		
Fühlen Sie sich häufig einsam ?		
Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen ?		
Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Alltagsaufgaben zu bewältigen ? (Zuhause / Beruf)		
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Gedanken ständig um die gleichen Probleme kreisen ?		
Haben Sie Probleme sich unter vielen Menschen zu bewegen ?		
Haben Sie Ängste ? Wenn ja, welche ?		

Familienvorgeschichte

	JA	NEIN
Bluthochdruck		
Diabetes mellitus		
Herzinfarkt		
Fettstoffwechselstörung		
Asthma		
Krebs		
Sonstiges		

Ich besitze Impfschutz gegen

	JA	NEIN		JA	NEIN
Diphtherie			Keuchhusten		
Tetanus			FSME (Zecken)		
Polio			Hepatitis A		
Masern			Hepatitis B		
Mumps			Sonstige		
Röteln					

	JA / Dioptrien ?	NEIN
Brille / Kontaktlinsen		

	JA / Welche ?	NEIN
Aktuelle Beschwerden		

Aktuelle Medikamente	
----------------------	--

Letzte Röntgenuntersuchung war wann ?	
Letzter Zahnarzt Check-up war wann ?	

Körpergröße	cm
Gewicht	Kg

Für Patientinnen

	JA	NEIN
Geburten / wie viele ?		
Menstruationsbeschwerden		
Verhütung		

Sind Sie damit einverstanden , Dass wir Sie regelmäßig auf Prophylaxe-Maßnahmen, wie Impfungen, Gesundheitsuntersuchung (Check-up) usw. ansprechen bzw. erinnern ?	JA	NEIN

Datum

Unterschrift