



# Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrer ärztlichen Konsultation aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, klären wir diese gerne im persönlichen Gespräch.

<b>Name</b>	_____	<b>Beruf</b>	_____
<b>Vorname</b>	_____	<b>Gewicht</b>	_____
<b>Geburtsdatum</b>	_____	<b>Größe</b>	_____
<b>Straße, Hausnummer</b>	_____		
<b>PLZ, Wohnort</b>	_____		

**Wie können wir Sie erreichen?**

Festnetz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Telefonnummer	_____
Handy	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Telefonnummer	_____
E-Mail	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja*	E-Mail Adresse	_____

\* Ich bin mit der Kommunikation über die angegebene E-Mail Adresse einverstanden. Mir ist bewusst, dass die mir zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können und übernehme für möglichen Datenmissbrauch die Verantwortung.

**Aktuelle Beschwerden /  
 Gründe für Ihren Besuch:**
 \_\_\_\_\_
**Leiden / litten Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen:**

<b>Art der Erkrankung</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>seit / mitbehandelnder Arzt / Klinik</b>
Kreislauferkrankung in der Vorgeschichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzkrankheit / Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kreislauf- / Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutungs- / Thromboseeignung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutzucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magenerkrankung / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leber- und Blasen- / Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma / COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Lungen- und / oder Atemkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wirbelsäulen- / Gelenkerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stoffwechselstörung z. B. Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hormonstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden z. B. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



**Leiden Sie an Allergien (z. B. Heuschnupfen)? Sind Sie allergisch auf bestimmte Medikamente (z. B. Antibiotika wie Penicillin)?**

- Nein       Ja      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Seit? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Seit? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Seit? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Sprays ein?**

(bitte auch alle Hormonpräparate mit Dosierung angeben, z. B. **die Anti-Baby-Pille** sowie alle pflanzlichen Medikamente und Nahrungsergänzungstoffe wie z. B. Johanniskraut, Mistel, Vitaminpräparate usw.)

- Nein       Ja      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Seit? \_\_\_\_\_  
Dosierung? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Seit? \_\_\_\_\_  
Dosierung? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Seit? \_\_\_\_\_  
Dosierung? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

- Nein       Ja      Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_ Seit? \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?**

- Nein       Ja      Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_ Seit? \_\_\_\_\_

**Sind Erkrankungen (z.B. Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, Asthma, Nierenschwäche usw.) in Ihrer Familie bekannt?**

- Nein       Ja      Wenn ja, welche Krankheit? \_\_\_\_\_  
Wer? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche Krankheit? \_\_\_\_\_  
Wer? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche Krankheit? \_\_\_\_\_  
Wer? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

**Für Frauen im gebärfähigen Alter, könnten Sie schwanger sein?**

- Nein       Ja

**Wurden Sie schon einmal operiert? Waren Sie im Krankenhaus?**

- Nein       Ja      Wenn ja, welche OP / Krankheit? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche OP / Krankheit? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche OP / Krankheit? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche OP / Krankheit? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_



**Wurde bei Ihnen eine Röntgenuntersuchung durchgeführt?**

Nein     Ja    Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Was? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Schmerzen?**

Nein     Ja    Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_ Seit? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_ Seit? \_\_\_\_\_

**Stärke:**     kaum     wenig     mittelmäßig     ziemlich     stark

**Wurden Ihre Schmerzen schon behandelt?**

Nein     Ja    Wenn ja, wie? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Bitte zutreffendes Ankreuzen:

**Vegetative Anamnese**

<b>Appetit</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> vermindert
<b>Durst</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> vermindert
<b>Stuhlgang</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<b>Wasserlassen</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> öfter nachts
<b>Gewicht</b>	<input type="checkbox"/> konstant	<input type="checkbox"/> Zunahme	<input type="checkbox"/> Abnahme

**Sozialanamnese**

**Betreuung / nächster Angehöriger**

Name \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

**Besitzen Sie eine Patientenverfügung?**

Nein     Ja

**Verfügen Sie über einen Organspende Ausweis?**

Nein     Ja

**Sonstige Ihnen wichtig erscheinende Angaben:**

---

---

---

---

---

---



**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Suchmaschine (Google etc.)                                | <input type="checkbox"/> Medien (z.B. Zeitungsartikel) |
| <input type="checkbox"/> Jameda  | <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Arzt         |
| <input type="checkbox"/> Klinikbewertungen   | <input type="checkbox"/> Broschüre, Flyer              |
| <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung (durch Familie, Freunde, Bekannte) | <input type="checkbox"/> Doctolib                      |
| <input type="checkbox"/> Andere medizinische Einrichtung: _____                    | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____              |

Sind Sie damit einverstanden, dass wir mit Kollegen/Innen, bei denen Sie in Behandlung sind / waren, zur Optimierung Ihrer Therapie Befunde austauschen und besprechen?

- Nein       Ja

Sie können Ihr Einverständnis selbstverständlich jederzeit widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten