

Einen schönen guten Tag,

damit wir uns Zeit für Ihre Gesundheit nehmen und Sie optimal beraten können, ist es wichtig, dass Sie uns diesen Anamnesefragebogen zu Ihrer Gesundheit ausfüllen.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Bei Rückfragen wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

**Vor- und Nachname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Rauchen Sie? Nein  Ja  Ex-Raucher

Besteht aktuell die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Nein  Ja

Wann war die letzte Gesundheits- und/oder Vorsorgeuntersuchung (Check-up)? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Hautkrebs-Vorsorge? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt? Nein  Ja  Wann? \_\_\_\_\_

### Haben Sie eine oder mehrere der folgenden bekannten Diagnosen bzw. Vorerkrankungen?

Zuckerkrankheit (*Diabetes*)      Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

Tumorerkrankung      Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

Nierenerkrankung      Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

Lebererkrankung      Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

Hautkrankheit      Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

Fettstoffwechselstörung (*z.B. Cholesterin, Triglyceride*)      Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

Gicht (*erhöhte Harnsäure*)      Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörung      Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

Asthma/COPD oder ähnliches      Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

Herz-/Kreislaufkrankungen (*z.B. Hypertonus*)      Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankung      Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

Anfallsleiden (*z.B. Epilepsie*)      Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

Ansteckende Krankheiten (*z.B. HIV, Hepatitis*)      Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

Gastrointestinale Erkrankung      Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

Andere Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** Nein  Ja

Welche Medikamente/Doesierung/Einnahme?: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente?**

Nein  Ja

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

Andere Allergien: \_\_\_\_\_

**Wurden Sie schon einmal operiert?** Sollte der Platz nicht ausreichen, nutzen Sie bitte ein gesondertes Blatt.

---

---

---

---

---

**Besteht oder bestanden bei nahen Verwandten eine der folgenden Erkrankungen?**

- |                       |                               |                             |                           |                               |                             |
|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| • Bluthochdruck       | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | • Blutzuckerkrankheit     | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| • Herzinfarkt         | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | • Fettstoffwechselstörung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| • Tumorleiden (Krebs) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | • Schlaganfall            | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

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

**Werden Sie von anderen Ärzten behandelt bzw. betreut?**

Arzt mit Fachrichtung und Ort	Weshalb befinden Sie sich dort in Behandlung

**Gibt es etwas, auf das wir in besonderem Maße achten müssen oder etwas, das Ihnen besonders am Herzen liegt?**

---

**Ist Ihr Impfschutz auf dem aktuellen Stand?**

Ja  Nein  Wenn nicht, bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihren Impfpass mit.

**Gerne würden wir Sie an anstehende Vorsorgetermine oder Impfungen per eMail/Telefon erinnern.**

Ja  Nein

**Uns interessiert, wie Sie auf uns aufmerksam wurden:**

Empfehlung  Internet  Telefonbuch  Sonstiges  \_\_\_\_\_

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Fragen korrekt und vollständig beantwortet zu haben.

---

Ort/Datum      Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzlicher Vertreter/in\* (\* Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen)