



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient

Als neue Patientin/neuer Patient heißen wir Sie in unserer Ebbepaxis herzlich willkommen!

Um Sie besser kennenzulernen und wichtige Informationen zu gewinnen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vor dem Besuch in unserer Praxis auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemand weitergegeben.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

Beruf: _____

Tel.: _____ **mobil:** _____

WICHTIG ! Alter Hausarzt (Adresse und Telefonnummer): _____

Sind bei Ihnen persönlich eine oder mehrere der folgenden der Vorerkrankungen bekannt?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit (Herzinfarkt/Herzrhythmusstörungen, o.ä.)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit (Typ I/II)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Magen/Darmerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Harnsäurestoffwechselstörung/Gicht	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gelenkerkrankung/Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Aids	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leberentzündung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma /Chronische Bronchitis	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden/Epilepsie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lymphologische Erkrankungen (Gewebewasserstörung)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Wurden bereits Operationen durchgeführt? Nein Ja
Wenn ja, welche? Wann?

Leiden Sie an einer Allergie? Nein Ja
 Wenn ja, welche?

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung? Nein Ja

Leidet jemand aus Ihrer Familie an folgenden Erkrankungen?

	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vater <input type="checkbox"/>	Mutter <input type="checkbox"/>	Geschwister <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vegetative Anamnese

Durst Normal Vermehrt
Appetit Normal Vermehrt
Stuhlgang Normal Vermehrt

=> Wenn nicht normal, Durchfall? Verstopfung?
Wenn Durchfall, Mit Blut ? Mit Schleim?

Wasserlassen Normal Vermehrt
"Brennen" Startschwierigkeiten Nachts öfter als 1 - 2 mal

Nachtschweiß Nein Ja

Gewicht Konstant Nicht konstant
Zunahme Abnahme von _____ Kilogramm in _____ Monaten

Zigaretten? Nein Ja Wenn ja, wie viele am Tag? _____

Alkohol ? Nein Ja
Wenn ja, täglich? ab und zu?

Für Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja

Geburten? Nein Ja

Wann? _____

Antibabypille Nein Ja

Monatsblutungen Regelmäßig Nein Ja

Bekannte Krebserkrankung Brust/Unterleib Nein Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Körpergröße: _____ **cm** **Gewicht:** _____ **kg**

Besitzen sie einen Impfausweis? Nein Ja

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Wann war der letzte Check-up? _____

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung ? _____

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

Ihr Praxisteam der Ebbepraxis