

Sehr geehrte Patientinnen,
sehr geehrte Patienten,

um Sie optimal behandeln zu können, benötigen wir von Ihnen einen detailliert ausgefüllten Fragebogen zu Ihrer Gesundheit und möglichen Risikofaktoren. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

FAMILIENNAME(N):		VORNAME(N):	
Titel:		Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich	
Geburtsdatum:		Sozialversicherungs-Nr.:	
Adresse:			
Telefonnummer:			
E-Mail:			
Nächster Angehöriger			
Name:			
Telefon:			
Körpergröße:		Körpergewicht:	
Leiden Sie an Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems? (Bluthochdruck, Rhythmusstörungen, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz?)			
☐ nein ☐ ja, welche:			
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?			
☐ nein ☐ ja, welche:			
Leiden Sie an chronischen Atemwegserkrankungen?			
☐ nein ☐ ja, welche:			
Leiden Sie an chronischen Muskel- oder Skeletterkrankungen? (Osteoporose, Muskelschwäche, Gelenkerkrankungen)			
☐ nein ☐ ja, welche:			
Leiden Sie an chronischen Infektionskrankheiten?			
☐ nein ☐ ja, welche:			
Leiden Sie an Zuckerkrankheit?			
☐ nein ☐ ja			

Leiden Sie an einer Erkrankung der Schilddrüse? (Über-/Unterfunktion)	
☐ nein	☐ ja, welche:
Leiden Sie unter Epilepsie (Krampfanfällen), einer anderen neurologischen (Z.n. Schlaganfall, Hirnblutung, Parkinson, Multiple Sklerose, Migräne...) oder psychiatrischen (Depression, Schizophrenie, Essstörung....) Erkrankung?	
☐ nein	☐ ja, welche:
Hatten Sie schon eine Thrombose oder Lungenembolie?	
☐ nein	☐ ja, wann und wo (welches Bein)?
Leiden Sie an einer Gerinnungsstörung?	
☐ nein	☐ ja, welche:
Leiden Sie an Erkrankungen des Verdauungssystems? (Magen, Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Darm)	
☐ nein	☐ ja, welche:
Leiden Sie an Erkrankungen der Leber oder Gallenblase? (Fettleber, Zirrhose, Gallensteine)	
☐ nein	☐ ja, welche:
Leiden Sie an Erkrankungen oder Fehlbildungen der Nieren oder ableitenden Harnwege? (Nierenfunktionsstörung, Nierenentzündung, Nierensteine, Blasenentleerungsstörung)	
☐ nein	☐ ja, welche:
Hatten Sie bereits Operationen?	
☐ nein	☐ ja, welche? Wann?:
Besteht eine aktive Krebserkrankung, oder haben Sie in der Vergangenheit eine Krebserkrankung durchgemacht?	
☐ nein	☐ ja, welche, wann:
RAUCHEN Sie?	
☐ nein	
☐ ja, wie viele /Tag:	Seit wann?
Trinken Sie ALKOHOL?	
☐ nein	☐ ja, wieviel/Tag

Anamnesebogen



Dr. Julia Tausendschön
Ärztin für Allgemeinmedizin

Ich besitze einen Impfschutz gegen:
(Zutreffendes bitte ankreuzen, und Datum der Letztimpfung angeben)

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| ☐ Tetanus | ☐ Masern | ☐ Hepatitis A |
| ☐ Diphtherie | ☐ Mumps | ☐ Hepatitis B |
| ☐ Polio | ☐ Röteln | ☐ Herpes zoster |
| ☐ Keuchhusten | ☐ FSME | ☐ sonstige: |

Besteht eine Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und/oder Vorsorgevollmacht?

☐ nein ☐ ja

Gibt es in Ihrer Verwandtschaft (Eltern / Geschwister / Kinder)

- | | | |
|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Fälle von Schlaganfällen? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Herzinfarkten? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Zuckerkrankheit | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Krebserkrankungen? | ☐ Nein | ☐ Ja |

Wenn ja, wer? Woran?:

Ich nehme regelmäßige folgende Medikamente ein:

[illegible]