



Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe aus und besprechen Sie ihn, falls erforderlich mit Eltern, Partnern usw. Ihre Antworten erleichtern es, die richtige Diagnose zu stellen und die beste Behandlung für Sie auszuwählen.

Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, diesen Fragebogen nur den Ärztinnen oder Arzthelferinnen persönlich zu übergeben. Bitte verwenden Sie beim Ausfüllen Druckbuchstaben.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

männlich:

weiblich:

Gewicht (in kg): _____ **Körpergröße (in cm):** _____

Welche Kinderkrankheiten haben Sie gehabt? (zutreffendes markieren)

Diphtherie	ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Keuchhusten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Masern	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Mumps	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Röteln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Scharlach	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Windpocken	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>

Welche chronische Erkrankungen haben Sie?

Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus Typ I	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus Typ II	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
sonstige	_____		

Allgemeinmedizinische Praxis Rath



Fischerhüttenstr. 89 14163 Berlin Tel: 030 814 729 30 E-Mail: info@praxisrath.de

Sind Ihnen Krankheiten in der Familie bekannt? (Eltern, Geschwister, etc.)

Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Krebs	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Herzkrankheiten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>

Sind Ihnen sonstige Krankheiten in der Familie bekannt?

Psychisches und körperliches Befinden

Appetitlosigkeit	ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwäche	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Depressive Verstimmung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Erschöpfung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wurden Sie schon einmal operiert? ja nein

Wenn Ja:

Art der Operation

Zeitpunkt

Allgemeinmedizinische Praxis Rath



Fischerhüttenstr. 89 14163 Berlin Tel: 030 814 729 30 E-Mail: info@praxisrath.de

Rauchen Sie? ja nein Menge _____

Trinken Sie Alkohol?

Wenn ja, wie oft? täglich ab und zu

Treiben Sie Sport? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja nein

Wenn ja, welche _____

Allergien gegen:

Penicillin ja Nein weiß nicht

Aspirin ja nein weiß nicht

Blütenstaub ja nein weiß nicht

Tierhaare ja nein weiß nicht

Hausstaubmilben ja nein weiß nicht

Nahrungsmittel ja nein weiß nicht

Metalle ja nein weiß nicht

Sonstiges:

Wurden Sie regelmäßig geimpft? ja nein

(Bitte Impfbuch mitbringen)

Welche weiteren Informationen zum Umfeld Ihrer Erkrankung halten Sie für wichtig und möchten Sie mitteilen?

Datum: _____

Unterschrift: _____