



## 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: 030 864 20 900 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: 030 864 20 900 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: \_\_\_\_\_