



Anamnesebogen

Datum:

Patientenname:

Aktuelle Telefonnummer: _____

Lieber Patient/ Liebe Patientin,

dieser Fragebogen soll Ihnen die Vorbereitung auf die wichtige Vorsorgeuntersuchung bei Ihnen erleichtern u. uns wichtige Informationen für diese Untersuchung liefern. Wir bitten Sie den Fragebogen vollständig auszufüllen. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Gesundheitsstörung:

Leiden o. litten Sie (o. ein Familienmitglied (**FM**)) an einer der folgenden Störungen o. Erkrankungen?

- Allergien, Heuschnupfen, Ekzem? O ja O nein O FM
- Asthma/ COPD? O ja O nein O FM
- Atemnot in Ruhe/ bei Belastung? O ja O nein O FM
- Engegefühl bei Belastung? O ja O nein O FM
- Herzinfarkt? O ja O nein O FM
- Bluthochdruck? O ja O nein O FM
- Herzrhythmusstörung? O ja O nein O FM
- Fettstoffwechselstörungen (Cholesterin)? O ja O nein O FM
- Diabetes mellitus? O ja O nein O FM
- Nierenkrankheiten? O ja O nein O FM
- Lebererkrankung? O ja O nein O FM
- Blutkrankheiten? O ja O nein O FM
- Schilddrüsenerkrankungen? O ja O nein O FM
- Krebserkrankungen? O ja O nein O FM
- Schmerzen (z.B. Kopf, Migräne, Bauch, Rücken, Hüfte, Knie)? O ja O nein
- Wenn ja, wo und wie oft? _____
- Gehäufte oder länger dauernde Infektionen? O ja O nein
- Sehstörungen (Brille)? Wenn ja, O Nah O Fern?
- Hörbehinderungen? O ja O nein
- Schwindel? O ja O nein
- Krampfanfälle, seelische Leiden? O ja O nein O FM
- Körperliche Behinderung (z.B. des Bewegungssystems o.ä.)? O ja O nein
- Andere? _____
- Mussten Therapien durchgeführt werden (z.B. Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie)? O ja O nein
- Haben Sie seit der letzten Vorsorgeuntersuchung schwere Erkrankungen o. Operationen durchgemacht? O ja O nein
- Wenn ja, welche? _____

Vegetative Anamnese:

- Ein- o. Durchschlafstörungen? O ja O nein
- Auffälligkeiten bei der Miktion (Tröpfeln, Farbe, Pressen)? O ja O nein
- Müssen Sie in der Nacht auf Toilette? O ja O nein
- Gibt es Probleme beim Stuhlgang (Farbe, Blut, Durchfall, Verstopfungen, Schleim)? O ja O nein
- Gibt es Probleme beim Essen/Trinken (kein Appetit auf Fleischprodukte)? O ja O nein
- Ungewollte Gewichtszunahme o. -abnahme? O ja O nein



Familienumfeld:

Beruf : _____
Wochenarbeitszeit? _____ h Schichtarbeit? ja nein
Kinder? Wenn ja, wie viele? _____ ja nein
O Verheiratet O Geschieden? O Alleinstehend?
Gibt es Probleme innerhalb der Familie? ja nein

Freizeit:

Haben Sie Hobbys? Wenn ja, welche? _____ ja nein
Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen u. wie oft?
_____ ja nein

Seelische Gesundheit:

Haben Sie emotionale Störungen (z.B. Depressionen, ausgeprägtes, anhaltendes Traurig sein) beobachtet? ja nein

Gesundheitsverhalten:

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ ja nein
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel? _____ ja nein

Aktuelle Medikamente (auch die, die Sie nicht von Ihrem Arzt verschrieben bekommen haben):

Medikament (mg)	morgens	mittags	abends

Mitbehandelnde Ärzte in den letzten 3 Jahren (Orthopäde, Urologe, Gynäkologe, Dermatologe, HNO, Neurologe...):

Alle bisherigen Operationen (Mandeln, Gallenblase, Blinddarm, Knochenbrüche...):

Alle bisherigen Krankenhausaufenthalte:

Bitte ausgefülltes Formular und Impfausweis zum Untersuchungstermin mitbringen!