



Anamnesefragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus.
Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ männlich: weiblich:

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Beruf: _____ Tel.: _____

Handy: _____ e-mail: _____

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Röteln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Windpocken	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mumps	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Hatten Sie Operationen?

Blinddarm	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mandeln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstige Operationen:

Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Harnsäurestoffwechselstörung (Gicht)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Aids	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leberentzündung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
psychische Erkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstiges:



Allergien gegen?

Penicillin ja nein
Aspirin (Acetylsalicylsäure) ja nein
Blütenstaub ja nein
Tierhaare ja nein
Hausstaubmilben ja nein
Nahrungsmittel ja nein

Andere? welche?

Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Onkel oder Tanten):

Bluthochdruck ja nein
Blutzuckerkrankheit ja nein
Fettstoffwechsel ja nein
Herzinfarkt ja nein
Asthma ja nein
Krebs ja nein

Wenn ja, welcher?

Sonstiges:

Raucher?

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Alkohol?

Wenn ja, wie oft? täglich ab und zu

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Körpergröße (in cm): _____

Gewicht (in kg): _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

Detern, Datum

Patienten/Unterschrift

Praxisstempel/Unterschrift