

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Die Anamnese ist neben der körperlichen Untersuchung der zentrale Punkt medizinischer Diagnostik. Die Anamnese umfasst neben der Krankheitsvorgeschichte und der Medikamentenanamnese, die für die Behandlung und Diagnostik essentiell sind (Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, Folgeerkrankungen, etc.), auch die soziale und familiäre Situation, die sog. Sozialanamnese. Wir wissen, dass der Familienstand, die berufliche Tätigkeit, Anzahl der Kinder für die Entstehung und Behandlung bestimmter Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen.

Wir möchten Sie bitten, die Fragen so genau wie möglich zu beantworten, obwohl wir sie hier ausdrücklich darauf hinweisen, dass im Rahmen Ihrer persönlichen, informativen Selbstbestimmung **alle Angaben freiwillig** sind. Bei unvollständigen oder falschen Angaben können wir allerdings nicht garantieren, für Sie die richtige Diagnostik, Vorsorge und/oder Therapie zu finden.

Sollten Ihnen einzelne Fragen unklar erscheinen, lassen sie diese zunächst frei und besprechen Sie diese und die Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit Ihrem behandelnden Arzt persönlich.

Zutreffendes bitte ankreuzen! Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, bitten wir Sie, die Ausführungen umseitig zu ergänzen.

### Patient

Name, Vorname :

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer:

\_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ Handy (freiwillig): \_\_\_\_\_

E-Mail (freiwillig):

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Versichert bei:

\_\_\_\_\_

Berufstätig, als \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis  ja  nein  Prozent

ledig;  verheiratet;  geschieden/getrennt lebend;  verwitwet;  Kinder

Rauchen Sie?  ja;  nein Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_ und seit wann? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  nein;  gelegentlich;  regelmäßig;

**Allergien ?**  ja;  nein. Wenn ja, welche : \_\_\_\_\_

## Anamnesebogen

### Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

Bluthochdruck;  Thrombose;  Schlaganfall;  Herzinfarkt;  Lebererkrankung;

Hepatitis;  Schilddrüsenerkrankung;  Diabetes;  Asthma;  Darmerkrankung;  HIV;

Tuberkulose;  Rheuma;  Gicht

Tumorerkrankung, wenn ja welche:

\_\_\_\_\_

Sonstiges:

\_\_\_\_\_

Operationen/  
Unfälle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (hierzu zählen auch die Antibabypille, homöopathische Arzneien und Nahrungsergänzungsmittel)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für die Planung der Vorsorgeuntersuchungen ist für uns wichtig zu wissen, ob bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt wurden?

Herzkatheter  ja;  nein. Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Darmspiegelung  ja;  nein. Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

### Familienanamnese

Manche Erkrankungen treten familiär gehäuft auf, deshalb die Frage: Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt ?

Bluthochdruck;  Herzerkrankung;  Schlaganfall;  Diabetes;  Blutungsstörung

Thrombose;  Asthma/COPD;  Rheuma

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_