

ANAMNESEFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor ihren Arzttermin aus.
Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname:**Geburtsdatum:****Straße:****Beruf:****Tel. (privat):****Männlich:** **Weiblich:** **PLZ:****Stadt:****Beschäftigt bei:****(geschäftlich):****Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?**

Masern	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Röteln	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Windpocken	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Mumps	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Scharlach	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blinddarm	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Mandeln	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Operationen?**Sonstiges:****Vorerkrankungen?**

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Harnsäurestoffwechselstörung, Gicht	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Aids	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leberentzündung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Sonstiges:**Allergien gegen?**

Penicillin	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Aspirin-Acetylsalicylsäure	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blütenstaub	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tierhaare	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hausstaubmilben	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nahrungsmittel*	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
*Wenn ja, welche?		
Metalle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Sonstiges:**Familienvorgeschichte**

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krebs*	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Sonstiges: *Wenn ja, welcher? _____

Vegetative Anamnese

Durst	*Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
Appetit	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
Stuhlgang	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
		Verstopfung <input type="checkbox"/>
Wasserlassen	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
		Schmerzhaft <input type="checkbox"/>
Gewicht	Nachts öfter als 1 - 2 mal <input type="checkbox"/>	
	Konstant <input type="checkbox"/>	
	Zunahme <input type="checkbox"/>	Abnahme <input type="checkbox"/>
	_____ Kilogramm in	_____ Monaten
Mir ist sehr oft kalt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Mir ist sehr oft warm	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Ich schwitze übermäßig	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Ich habe oft Kopfschmerzen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zigaretten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
*Wenn ja, wie viele am Tag? _____		
Alkohol	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
*Wenn ja,	Täglich <input type="checkbox"/>	Ab und zu <input type="checkbox"/>
	*Wieviel?	_____

Bei Patientinnen:

Schwangerschaften		Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Geburten		Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Antibabypille		Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Monatsblutungen	Regelmäßig	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Schmerzhaft	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Alle Patienten:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

*Wenn ja, welche? _____

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

Ich besitze Impfschutz gegen

Tetanus	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Diphtherie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Polio	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
BCG-Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Mumps	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hepatitis A	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hepatitis B	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Röteln	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Ich trage Brille/Kontaktlinsen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
*Wenn ja, Dioptrin	Rechts _____	Links _____

Wann war der letzte Check-up

*Mit welchem Ergebnis und wo gemacht

Letzte Röntgenuntersuchung war wann? _____ Herz und Lunge

Letzter Zahnarzt Check-up war wann?

Zur Zeit bin ich beschwerdefrei Ja Nein

Aktuelle Beschwerden (bitte mit Zeitangaben): _____