

## Anamnese-Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beruf: \_\_\_\_\_ eigene Telefon-Nr: \_\_\_\_\_ eigene Handy-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Rentner/-in      e-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ehepartner/Lebenspartner: \_\_\_\_\_  Kinder: \_\_\_\_\_  
 alleinstehend  
 Pflegeeinrichtung

Eine Patientenverfügung liegt vor bitte beachten!  liegt nicht vor

Brief gewünscht an: (bitte Arztnamen eintragen und ggf. ankreuzen)

Hausarzt: \_\_\_\_\_  1. Facharzt: \_\_\_\_\_  2. Facharzt: \_\_\_\_\_  
Name des Hausarztes:      Name des Facharztes:      Name des Facharztes:

\_\_\_\_\_

häusliche Medikamente:      morgens      mittags      abends

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

6. ....

Blinddarm-Operation       ja       nein      wann?

Mandel-Operation       ja       nein      wann?

Leistenbruch-Operation       ja       nein      wann?

Gallenblasen-Operation       ja       nein      wann?

Unterleibs-Operation       ja       nein      wann?

Sonstige Operationen:

Weswegen?      wo?      Wann?

\_\_\_\_\_

grauer Star       ja       re       lks      OP       re       lks  
grüner Star       ja       re       lks

Familiär gehäufte Erkrankungen/Krebserkrankungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	seit;	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus (Blutzucker)	<input type="checkbox"/> ja	seit:	<input type="checkbox"/> nein
hohe Blutfette (Cholesterin)	<input type="checkbox"/> ja	seit:	<input type="checkbox"/> nein
Gallensteine	<input type="checkbox"/> ja	seit:	<input type="checkbox"/> nein
Nierensteine	<input type="checkbox"/> ja	wann:	<input type="checkbox"/> nein
Magengeschwüre	<input type="checkbox"/> ja	wann:	<input type="checkbox"/> nein
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> ja	wann:	<input type="checkbox"/> nein
Thrombosen / Embolien	<input type="checkbox"/> ja	wann:	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsen-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	wann:	<input type="checkbox"/> nein
sonstige Krankenhausaufenthalte			
Weswegen?	wo?	wann?	

Appetit	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht	
Schlaf	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht	
Trinkmenge in 24 Std.	<input type="checkbox"/> weniger als 1,5 l	<input type="checkbox"/> ca. 1,5 l	<input type="checkbox"/> ca. 2 l	<input type="checkbox"/> mehr als 2 l
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> unregelmäßig		
	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Durchfall		
	<input type="checkbox"/> Blutbeimengung	<input type="checkbox"/> Schleimbeimengung		
Farbe	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> schwarz	<input type="checkbox"/> lehmfarben	
Wasserlassen	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Brennen	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Blut im Urin
	<input type="checkbox"/> nachts, wenn ja wie oft _____ X			
Husten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Auswurf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				Farbe:
Nikotin	<input type="checkbox"/> ja _____ pro Tag seit _____ Jahren		<input type="checkbox"/> nein	
	Ex-Raucher <input type="checkbox"/> ja, seit wann? _____			
Alkohol	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig
	Wie viel? _____ Gläser/ _____ Flaschen pro Tag			
Allergien	<input type="checkbox"/> Bier	<input type="checkbox"/> Wein	<input type="checkbox"/> Schnaps	
	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Lebensmittel		
	<input type="checkbox"/> Penicillin	<input type="checkbox"/> andere Antibiotika	<input type="checkbox"/> Jod	
Luftnot	<input type="checkbox"/> Kontrastmittel <input type="checkbox"/> Sonstiges _____			
	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> beim Laufen	<input type="checkbox"/> im Liegen	

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_