

## Anamnese-Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

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

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

(telefonische) Auskunft an wen: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr: \_\_\_\_\_

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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann?
Mandel-Operation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann?
Leistenbruch-Operation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann?
Gallenblasen-Operation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann?
Unterleibs-Operation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann?

Sonstige Operationen:

Weswegen? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

grauer Star	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> li	OP	<input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> li
grüner Star	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> li			

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:	<input type="checkbox"/> weiß	<input type="checkbox"/> gelb
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: \_\_\_\_\_