

# 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:  Divers:

Straße: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?**

	ja	nein
Masern		
Röteln		
Windpocken		
Mumps		
Scharlach		

**Hatten Sie Operationen?** Ja  nein

Wenn ja, welche ?

---

**Organspendeausweis vorhanden ?** ja  nein

**Patientenverfügung vorhanden ?** ja  nein

**Vollmacht vorhanden ?** ja  nein

Pflegegrad vorhanden ? ja  nein

\* Wenn ja, welche Stufe ?

---

Wann wurde zuletzt bei Ihnen eine Gesundheitsuntersuchung beim Hausarzt durchgeführt ?

---

Vorerkrankungen ?

	ja	nein
Bluthochdruck		
Blutzuckerkrankheit		
Magenerkrankung		
Tumorerkrankung		
Nierenerkrankung		
Hautkrankheit		
Fettstoffwechselstörung		
Gicht		
Gelenkerkrankungen		
Tuberkulose		
AIDS		
Leberentzündung		
Asthma		
Herzkrankheit		
psychische Erkrankung		
Anfallsleiden		

Sonstiges:

---

Allergien gegen ?

	ja	nein
Arzneimittel *		
Blütenstaub *		
Tierhaare *		
Hausstaubmilben		
Nahrungsmittel *		
Metalle *		

## Familienvorgeschichte

	ja	nein
Bluthochdruck		
Blutzuckerkrankheit		
Fettstoffwechsel		
Herzinfarkt		
Asthma		
Tumorerkrankungen		

Sonstiges:

---

**Raucher ?** ja  nein  ehemals

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag ? \_\_\_\_\_

**Alkohol?** Täglich  ab und zu

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?** ja  nein

Wenn ja, welche? (ggf. Sonderzettel)

---

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_

**Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze Impfschutz gegen:**

	ja	nein
Tetanus		
Diphtherie		
Polio		
Tuberkulose		
Mumps		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Röteln		
Gürtelrose		

**Ich trage eine Brille?**

Wenn ja , Dioptrien: \_\_\_\_\_

---

**Sonstiges :**

**Datenschutz ist uns wichtig!**

Eine Patienteninformation liegt in der Anmeldung und im Wartezimmer aus. Bei Fragen, wenden Sie sich an unsere Datenschutzbeauftragte oder an unsere Ärzte.

---

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Praxis