

Anamnesebogen

Liebe Patienten,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nach bestem Wissen.
 Bei Unklarheiten dürfen Sie gerne auf uns zukommen.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Allgemeine Fragen:

Größe: _____ Gewicht: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____ Kinder (Anzahl): _____

Allergien: _____

Raucher (Zigaretten, Shisha, E-Zigaretten): wieviel pro Tag: _____ seit wann: _____

Alkohol: wieviel pro Tag: _____ wieviel pro Woche: _____

sonstige Konsummittel (THC, Kokain, etc.): _____

Medikamente (bitte auch Verhütungsmittel, pflanzliche Tabletten Nahrungsergänzungsmittel):

Name	Dosis	morgens	mittags	abends

Voroperationen:

Bezeichnung	Datum

Allgemeine Fragen:

- Letzte Magen/Darmspiegelung: _____
- Letzte Bildgebung (CT, MRT, Röntgen): _____
- Letzter Check Up: _____
- Letzte gynäkologische Vorsorge: _____
- Letzte Hautkrebsvorsorge: _____
- Schwangerschaften und Geburten: _____

Herz- und Gefäßerkrankungen:

- hoher Blutdruck koronare Herzerkrankung Herzinfarkt Krampfadern niedriger Blutdruck
- Herzfehler Herzrhythmusstörungen Durchblutungsstörungen Thrombose / Embolie Schlaganfall
- sonstige: _____

Lungenerkrankungen:

- Lungenentzündung COPD chronischer Husten Rippenfellentzündung
- Asthma Tumor Tuberkulose
- sonstige: _____

Hals - Nasen - Ohren - Augen - Krankheiten:

- grüner / grauer Star Sehstörungen (z.B. Doppelbilder)
- sonstige Augenerkrankungen: _____

Nasen-Nebenhöhlenerkrankungen Heuschnupfen Nasenbluten

sonstige Nasenerkrankungen: _____

Mandelentzündung Polypen

sonstige Halserkrankungen: _____

Mittelohrentzündung Schwerhörigkeit Schwindel Tinnitus

sonstige Ohrenerkrankungen: _____

Infektionskrankheiten:

HIV Borreliose / FSME Hepatitis A - B - C - D Geschlechtskrankheiten Clostridien MRSA

sonstige: _____

Erkrankungen des Verdauungssystems:

Sodbrennen Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür Helicobacter pylori Gallensteine

Bauchspeicheldrüse Lebererkrankungen Tumor / Polyp Morbus Crohn Colitis ulcerosa

sonstige: _____

Stoffwechselerkrankungen:

Schilddrüsenerkrankung Zuckerkrankheit erhöhte Harnsäure erhöhtes Cholesterin

sonstige: _____

Erkrankungen der Nieren, Harnwege und Geschlechtsorgane:

häufige Blasen- Nierenentzündung Blasen – Nierensteine Prostataveränderungen Brustkrebs

Eierstockzysten Endometriose schmerzhafte Periode unregelmäßige Periode Tumor

sonstige: _____

Knochen- und Gelenkerkrankungen:

Rheuma Arthrose künstliche Gelenke: _____

Bandscheiben Osteoporose Gicht

sonstige: _____

Bluterkrankungen:

Eisenmangel Vitaminmangel Leukämie Gerinnungsstörungen

sonstige: _____

Hauterkrankungen:

Neurodermitis Psoriasis weißer Hautkrebs schwarzer Hautkrebs

sonstige: _____

Neurologische Erkrankungen:

Epilepsie Depressionen Schlafstörungen Suchterkrankungen Migräne

chronische Kopfschmerzen Morbus Parkinson Demenz

sonstige: _____

Sonstige Erkrankungen:

sonstige: _____

Vorerkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister)

Herzerkrankungen Thrombosen/Embolien Schlaganfall Demenz / Alzheimer

Zuckererkrankungen Tumorerkrankungen