

# Anamnesefragebogen

Um dir die bestmögliche Betreuung zu bieten, bitte ich dich, den folgenden Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Die Informationen helfen mir, deine Bedürfnisse besser zu verstehen und die Behandlung optimal auf dich abzustimmen.

Für Neupatienten:

Um dir die bestmögliche Betreuung zu bieten, bitte ich dich, den folgenden Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Die Informationen helfen mir, deine Bedürfnisse besser zu verstehen und die Behandlung optimal auf dich abzustimmen.

## Personalien

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Straße</b>	
<b>PLZ</b>	
<b>Stadt</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Mail</b>	
<b>Beruf</b>	
<b>Familienstand</b>	

## Aktuelle Beschwerden:

	<b>Ja/ Welche</b>	<b>Nein</b>
<b>Aktuelle Beschwerden</b>		

## Vorerkrankungen

	JA	NEIN	unbekannt
Thrombosen/oder Lungen embolien			
Bluthochdruck			
Blutzuckerkrankheit			
Fettstoffwechselstörung			
Herzkrankheit			
Magenerkrankung			
Lungenkrankheit			
Nierenerkrankung			
Krebs			
Hautkrankheit			
Gicht			
Rheuma			
Leberentzündung/Gelbsucht			
Psychische Erkrankung			
Sonstiges			

## Operationen

	Ja/wann ?	Nein
Blinddarm		
Mandeln		
Sonstiges		

	Ja	Nein
Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus/ Warum?		
Waren Sie im letzten Jahr im Ausland? Wenn ja wo?		



**Gewohnheiten:**

	Ja	Nein	Wie viel	Seit wann
Rauchen Sie				
Trinken Sie regelmäßig Alkohol				
Haben Sie viel Stress				
Treiben Sie Sport				
Essen Sie frisches Gemüse				XXXXXXXXXX
Essen Sie regelmäßig Seefisch				XXXXXXXXXX
Essen Sie Fleisch und Wurst				XXXXXXXXXX
Schlafen Sie ausreichend			Std/Nacht	XXXXXXXXXX
Essen Sie Milchprodukte/Käse?				

**Vegetative Anamnese: Veränderungen im letzten Jahr?**

	Vermehrt	Vermindert
Durst		
Appetit		
Stuhlgang		
Wasserlassen		
Ich schwitze		

**Schmerzanamnese:**

	Ja/ Wo?	Nein
Leiden Sie unter wiederkehrenden Schmerzen ?		

### **Familienvorgeschichte**

	Ja	Nein	Vater	Mutter	Opa	Oma
Bluthochdruck						
Blutzuckerkrankheit						
Herzinfarkt						
Fettstoffwechsel						
Asthma						
Krebs						
Thrombosen						
Sonstiges						

Haben sie einen Impfpass?	Ja:	Nein:
Wann letzte Impfung?		

	Ja/ Dioptrien?	Nein
Brille /Kontaktlinsen		

Körpergröße	
Gewicht	

### **Für Patientinnen:**

	Ja	Nein
Geburten / wie viele		
Fehlgeburten		
Menstruationsbeschwerden		
Verhütung		

**Bei seelischen Beschwerden:**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Schlafen Sie gut?		
Haben Sie Freude an Dingen, verloren, die Ihnen früher immer Spaß gemacht haben?		
Fühlen Sie sich häufig einsam?		
Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen?		
Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Alltagsaufgaben zu bewältigen? (Zuhause/Beruf)		
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Gedanken ständig um die gleichen Probleme kreisen?		
Haben Sie Probleme sich unter vielen Menschen zu bewegen?		
Haben Sie Ängste?		

**Unterschrift Patient:**