

Patienten. Nr.

Anamnese-Bogen

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir viele Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in einem ausführlichen Anamnesebogen, der alle nötigen Fragen beinhaltet.

Patient

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Alter in Jahren: _____

weiblich

männlich

Geschlecht: : Größe in cm _____

Gewicht in kg: _____

Allgemeine Fragen

Wodurch wurden Sie auf uns aufmerksam?

Bekannte / Freunde

Homepage

Krankenkasse

Sonstiges

_____ Genauere Angabe

Ihre Gewohnheiten

	Ja	Nein			
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wieviel	_____	Seit wann _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft	_____	Welchen _____
Haben Sie viel Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft	_____	Welchen _____
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft	_____	Welchen _____
Essen Sie frisches Gemüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft	_____	Wieviel _____
Essen Sie regelmäßig Seefisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft	_____	Wieviel _____
Essen Sie Fleisch und Wurst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft	_____	Wieviel _____
Schlafen Sie ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	Stunden pro Nacht

Haben Sie Beschwerden an bzw. mit

	Ja	Nein	Welche?
Kopf/ Hals/ Schilddrüse/ Zähnen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz/ Kreislaufsystem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lunge/ Atemwegen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen/ Darmsystem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niere/Harnsystem/Genital/Sexualität:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nerven/Knochen/Muskeln/Gelenken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haut:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Beschwerden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Psychisches und körperliches Befinden

	Ja	Nein
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vegetative Anamnese

Durst	Normal	<input type="checkbox"/>	Vermehrt	<input type="checkbox"/>
Appetit	Normal	<input type="checkbox"/>	Vermehrt	<input type="checkbox"/>
Stuhlgang	Normal	<input type="checkbox"/>	Vermehrt	<input type="checkbox"/>
	Wenn nicht normal, Wenn Durchfall,	Durchfall?	Verstopfung?	<input type="checkbox"/>
		Mit Blut?	Mit Schleim?	<input type="checkbox"/>
Wasserlassen	Normal	<input type="checkbox"/>	Vermehrt	<input type="checkbox"/>
	Brennen	Startschwierigkeiten	Nachts öfter als 1-2 mal	<input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Gewicht	Konstant	<input type="checkbox"/>	Nicht konstant	<input type="checkbox"/>
	Zunahme	<input type="checkbox"/>	Abnahme	<input type="checkbox"/>
	von _____	Kilogramm in _____	Monaten	

Haben Sie

	Ja	Nein
bestehende Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frühere Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frühere Operationen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhter Blutdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhte Blutfette:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche?

Für Patientinnen:

	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibabypille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monatliche Blutung regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann? _____

Hausarztzentrum List, Jakobistr. 46, 30163 Hannover

Besitzen Sie einen Impfausweis? Ja Nein

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Wann war der letzte Check-up? _____

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Art	Häufigkeit	Seit wann?

Bei welchen Verwandten?

Gibt es in Ihrer Familie?	Ja	Nein	
Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfälle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebsleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheuma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rücken und Gelenkkrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Therapien, Kuren:

	Datum

Möchten Sie uns noch etwas anderes mitteilen?

Datum _____

Unterschrift _____

