

Anamnesefragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation aus.
Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt.



Name, Vorname _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Größe/Gewicht: _____

Beruf: _____

Hatten Sie eine der folgenden Kinderkrankheiten? (Unterstreichen Sie bitte welche!)

Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken

Wurden Sie schon einmal operiert? Wann? Wo?

Blinddarm: ja nein _____

Mandeln: ja nein _____

Galle: ja nein _____

sonstiges: _____

Hatten Sie schon einmal einen Unfall? (Was ist passiert?, Wann?, Welche gesundheitlichen Folgen?)

Haben Sie Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	ja	nein	Lebererkrankung	ja	nein
Diabetes mellitus	ja	nein	Lungenerkrankung	ja	nein
Asthma	ja	nein	Hauterkrankung	ja	nein
Magenerkrankung	ja	nein	Fettstoffwechselstörung	ja	nein
Nierenerkrankung	ja	nein	Gelenk-Rheuma	ja	nein
psychische Erkrankung	ja	nein	sonstiges:	_____	

Haben Sie Allergien?

Allergien: _____

Medikamentenallergien (bsp. Penicillin, Aspirin): _____

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? Bei wem?

(Bsp. Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Asthma, Krebserkrankungen)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche? _____

Rauchen Sie? ja nein

Trinken Sie täglich Alkohol? ja nein

Nehmen Sie Drogen ein? ja nein

Wer war Ihr vorheriger Hausarzt/ Ihre vorherige Hausärztin? _____