

## Anamnesefragebogen

Sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor dem Gespräch mit dem Arzt aus. Falls Sie Hilfe benötigen, helfen wir Ihnen gerne.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Überweisende Arzt (falls nicht der Hausarzt) \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ arbeitslos  Rentner

Familienstand: ledig  verheiratet/Lebenspartner  geschieden  verwitwet

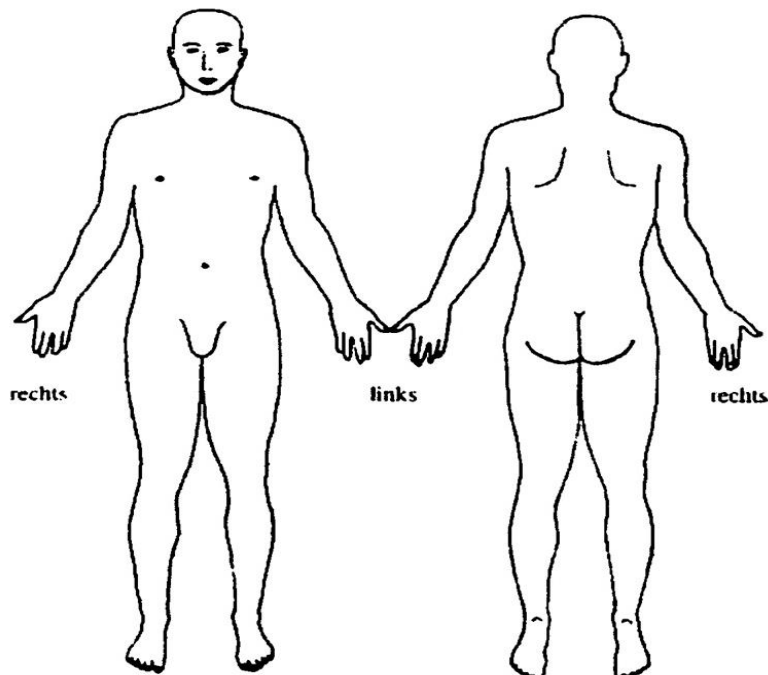
Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? Nein  Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

**Beschwerden** (Nutzen Sie auch das Körperschema) **Dauer/Seit wann?**

---

---

---



→ BITTE WENDEN!!

### Medizinische Vorgeschichte/Operationen

Art der Krankheit/Operation	Jahr	Krankenhaus/Praxis

### Bestehen folgende Erkrankungen bei Ihnen?

- Bluthochdruck                    nein             ja
- Diabetes                            nein             ja     insulinpflichtig ja
- Erhöhte Blutfette (Cholesterin)    nein             ja
- Nikotin                            nein             ja     Anzahl pro Tag \_\_\_\_\_
- Alkohol                            nein             ja     Menge und Art pro Tag \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Name des Medikaments	Dosis/Menge	Seit wann?

(bitte Anti-Baby-Pille, Marcumar und Schmerzmittel nicht vergessen!)

### Sind Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten bei Ihnen bekannt?

\_\_\_\_\_

### Neurologische Erkrankungen in der Familie bekannt?

\_\_\_\_\_

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

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Bitte unterschreiben!