

Anamnesebogen für Patienten

Liebe Patientin,

mit Hilfe des folgenden Anamnesebogens möchte ich Sie besser kennenlernen. Damit ich auf Ihre Beschwerden bestmöglich eingehen und diese behandeln kann, brauche ich von Ihnen einige Informationen zu Ihrer Krankengeschichte, Ihren Lebens- und Bewegungsgewohnheiten und zu Ihrer aktuellen beruflichen Situation. Bitte füllen Sie die Felder sorgfältig und möglichst vollständig aus. Wenn Sie Fragen haben, sprechen Sie uns gerne an.

Allgemeiner Teil

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	
Aktueller Beruf:	
Rentner – Früherer Beruf:	
Telefon:	
Fax:	
Mobil:	
E-Mail-Adresse:	
Krankenversicherung:	
Hausarzt:	

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?			
Hausarzt/ Überweiser	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>
Familie/Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/>	Kollegen	<input type="checkbox"/>
Telefonbuch	<input type="checkbox"/>	Sonstige:	<input type="checkbox"/>

Jetzige Beschwerden

-

Medizinischer Teil

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Bandscheibenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Arthrose	<input type="checkbox"/>	Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen/ Asthma	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Ist/Sind eine der folgenden Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt oder vorliegend?			
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Bandscheibenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Arthrose	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Schuppenflechte	<input type="checkbox"/>	Gicht	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Aspirin, Marcumar, ASS)?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, ich nehme:
	<input type="checkbox"/> Aspirin
	<input type="checkbox"/> Marcumar
	<input type="checkbox"/> Brilique
	<input type="checkbox"/> Eliquis
	<input type="checkbox"/> Xarelto
	<input type="checkbox"/> Pradaxa
	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

Sind bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Allergiepass bitte am Empfang vorlegen, danke.	

Hatten Sie Schwangerschaften, Fehlgeburten, Geburten, Abbrüche?			
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	Beendete SS- Woche	Jahr
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
	8.		

Wurden bei Ihnen Impfungen durchgeführt?			
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	Komplikation	Jahr
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
	8.		

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt?			
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	Körperregion	Jahr
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
	8.		

Sind in den letzten 12 Monaten bei Ihnen apparative (Röntgen, MRT, CT, Ultraschall o. ä.) Untersuchungen durchgeführt worden?			
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	Körperregion	Jahr
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
	8.		

Gab es stationäre Krankenhausaufenthalte in den letzten 2 Jahren?		
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aus folgenden Gründen:	
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
	6.	
	7.	
	8.	

Wie sind Ihre Lebens- und Bewegungsgewohnheiten?				
Größe (in cm):			Gewicht (in kg):	
Rauchen Sie?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wie viel täglich?	
Trinken Sie Alkohol?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wie viel täglich?	
Nehmen Sie Drogen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wie viel täglich? Welche?	
Ernähren Sie sich	vegan?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Sonstige:
	vegetarisch?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Bewegen Sie sich regelmäßig (z.B. Spaziergänge, Radfahren, etc.)				
Ich treibe Sport <input type="checkbox"/>				
Welchen? _____				
Wie viele Stunden pro Woche? _____				
Haben Sie Hobbys? Welche?				

Haben Sie bestimmte Nahrungsmittel, bei denen Sie ein starkes Verlangen spüren?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____

Haben Sie bestimmte Nahrungsmittel, bei denen Sie eine starke Abneigung spüren?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____

Mahlzeiten

Was essen Sie zu einem typischen Frühstück?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Was essen Sie zu einem typischen Mittagessen?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Was essen Sie zu einem typischen Abendessen?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Haben Sie Zwischenmahlzeiten?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Schlaf

Wie sind Ihre Schlafgewohnheiten?				
Einschlafzeit:			Aufstehzeit:	
Einschlafstörung?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wie lange dauert es, bis Sie einschlafen?	
Durchschlafstörung?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wie oft werden Sie in der Nacht wach?	
Müssen Sie nachts auf Toilette?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wie oft?	
Träumen Sie?		Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Sonstige:
	Können Sie sich daran erinnern?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

Gemütssymptome

Leiden Sie unter Ängsten? (z.B. Alleinsein, Dunkelheit, Tier, Tod, Krankheit, Enge, Höhe, Prüfungen)	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Haben Sie an sich folgende Gemütssymptome festgestellt?			
Antriebslosigkeit?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Bemerkung:
Depressive Stimmung?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Bemerkung:
Stress?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Bemerkung:
Kummer/ Trauma?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Bemerkung:

Wut / Ärger?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Bemerkung:	
Konzentrationsmangel / Merkfähigkeit?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Bemerkung:	
Brainfog?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Bemerkung:	
Bekannte Toxinbelastungen?	Schwermetalle?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Sonstige:
	Kunststoffe?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
	Holzschutzmittel?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Sonstige:
	Pestizide?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
	Bakterien?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Sonstige:
	Schimmelpilze?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
	Zahnmaterialien?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Sonstige:

Beruf

Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation?			
Auszubildender	<input type="checkbox"/>	Schüler/Student	<input type="checkbox"/>
Angestellt	<input type="checkbox"/>	In leitender Funktion	<input type="checkbox"/>
Selbstständig	<input type="checkbox"/>	Rentner	<input type="checkbox"/>
Informationen zu Ihrer Tätigkeit/Ihrem Arbeitsplatz. Zutreffendes bitte ankreuzen.			
Bürotätigkeit	<input type="checkbox"/>	Körperliche Betätigung	<input type="checkbox"/>
Überwiegend sitzende Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	Überwiegend stehende Tätigkeit	<input type="checkbox"/>
Schwere Lasten tragen/heben	<input type="checkbox"/>	Einzelarbeitsplatz	<input type="checkbox"/>
Angebot betrieblicher Gesundheitsförderung	<input type="checkbox"/>	Häufiger Zeitdruck	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:			

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in