



# Anamnesebogen

Liebe Patienten,

dieser Fragebogen soll helfen, Sie so gut und gründlich und so erfolgreich wie möglich zu behandeln, damit Sie bald wieder beschwerdefrei sind.

Wichtig sind besonders frühe Erkrankungen, durchgemachte Operationen und Medikamente, die Sie einnehmen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus und geben Sie ihn an unserer Anmeldung oder noch besser bei Ihrem ersten Arztgespräch ab.

Vielen Dank!

**Bitte beantworten Sie bei Ihrem ersten Besuch folgende Fragen:**

**Nachname:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Titel:** \_\_\_\_\_

**Geboren am:** \_\_\_\_\_

**Straße, Nummer:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon privat:** \_\_\_\_\_

**Telefon beruflich:** \_\_\_\_\_

**Faxnummer:** \_\_\_\_\_

**Mobilnummer:** \_\_\_\_\_

**E-mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_

**Vorheriger Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Grund des Wechsels:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**1. Schildern Sie Ihre Beschwerden. Wann treten sie auf?  
Seit wann bestehen sie?**

\_\_\_\_\_

**2. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?**

\_\_\_\_\_

**3. Welche schweren Krankheiten hatten Sie früher? Wann?**

\_\_\_\_\_

**4. Hatten Sie bereits Operationen? Welche? Wann? Wo?**

\_\_\_\_\_



**5. Welche Schutzimpfungen haben Sie erhalten?  
Wann? Wo? (Impfausweis bitte vorlegen)**

---

**6. Gibt es in Ihrer Verwandtschaft**  
 **Zuckerkrankheit**  **Bluthochdruck**  **Schlaganfall**  
 **Krebs**  **Nervenkrankheiten**

**7. Kinderkrankheiten:**  
 **Masern**  **Mumps**  **Röteln**  **Windpocken**  
 **Keuchhusten**  **Gelbsucht**

**8. Ihre Körpergröße\_\_\_\_\_cm? | Ihr Gewicht\_\_\_\_\_kg?  
Ihr BMI?\_\_\_\_\_**

**9. Haben Sie Gewicht abgenommen? Wieviel\_\_\_\_\_kg?  
In welcher Zeit?**

---

**10. Schlafen Sie ruhig?  Ja  Nein**

**11. Leiden Sie an  Atemnot  Herzklopfen  geschwollenen Beinen**

**12. Haben Sie  Husten  Auswurf**

**13. Leiden Sie an  Bauchschmerzen  Durchfall  Verstopfung**

**14. Ist Ihr Stuhl auffällig  schwarz  blutig**

**15. Haben Sie Beschwerden  beim Wasserlassen**

**16. Haben Sie Beschwerden  beim Gehen**

**17. Rauchen Sie? Was\_\_\_\_\_? Wieviel\_\_\_\_\_Stück/Tag**

**18. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Was \_\_\_\_\_?  
Glas/Tag\_\_\_\_\_? Flasche/Tag \_\_\_\_\_?**

**19. Ist eine Überempfindlichkeit oder Allergie bekannt?  
 Allergie/Hühnereiweiß  Allergie\_\_\_\_\_  Empfindlich\_\_\_\_\_**

**20. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?\_\_\_\_\_  
Was wurde geröntgt? Wo?**

---

**21. Wurde je eine  Magenspiegelung  Dickdarmspiegelung  
durchgeführt? Wann? Wo?**

---

**22. Für Frauen: Letzte Periode\_\_\_\_\_?  
Letzte Untersuchung beim Frauenarzt\_\_\_\_\_? Wo?\_\_\_\_\_**

**23. Haben Sie noch andere gesundheitl. Probleme, über die Sie nur im  
 persönlichen Gespräch reden wollen?**

**24. Hatten Sie schon einmal eine Akupunktur\_\_\_\_\_?  
Wo\_\_\_\_\_?**