

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Liebe Patientinnen, liebe Patienten!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen nach Möglichkeit vor Ihrem ersten Termin aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen und psychologischen Verschwiegenheitspflicht und dienen dazu, Ihren Gesundheitszustand zu erfassen und die Behandlung für Sie individuell zu gestalten.

Persönliche Daten

Titel:..... Name, Vorname:.....

Straße: PLZ und Ort:

Tel.: Geburtsdatum:

Versicherungsnummer: Krankenkasse:

Mailadresse:

Familienstand: ledig verheiratet eheähnliche Gemeinschaft
 geschieden verwitwet

Haben Sie Kinder: Ja/Geburtsjahr(e) Nein

Beruf:

Hausarzt:

Facharzt:

Benötigen Sie ein(e) Hörgerät Brille/Kontaktlinsen

Gewicht: Größe:

Rauchen Sie? Nein Ja wie viel?

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja Wie viel/wie oft?.....

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv: ja nein

Name eines Angehörigen (zur Verständigung im Ernstfall):

Verwandtschaftsverhältnis: Tel.:

Allergien

Medikamente: Ja.....

andere:

Nahrungsmittel-Intoleranzen

Lactose: Ja

Histamin: Ja

Fructose: Ja

Gluten: ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

| Medikament, Dosierung (z.B. Pantoloc, 20 mg) | morgens | mittags | abends | nachts |
|--|---------|---------|--------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Vorerkrankungen bzw. bestehende Erkrankungen

Herz-/Kreislaufkrankungen: Ja

Stoffwechselerkrankungen: Ja.....

Lunge: Ja

Magen/Darm: Ja.....

Uro-Genitaltrakt: Ja.....

HNO/Augen: Ja.....

Hauterkrankungen: Ja.....

Andere: Ja.....

Schmerzen: Ja.....

Psychische Probleme Ja.....

Depression/Angst/Sonstige: Ja

Erhöhte Vergesslichkeit: Ja

Schlafstörungen: Ja

Datum:

Unterschrift des Patienten: