

## Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer Konsultation aus. Bei Fragen werden Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_

PLZ-Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Familienstand/Kinder \_\_\_\_\_

Größe/Gewicht \_\_\_\_\_ Pflegegrad \_\_\_\_\_

Schwerbeschädigtenausweis (mit Angabe GdB): \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht/Patiententestament vorhanden? \_\_\_\_\_

Hilfsmittel vorhanden (z.B. Rollator, Gehstütze)? \_\_\_\_\_

### Aktuelle Beschwerden

---

---

---

### Vorerkrankungen

	nein	unbekannt	Ja
Krankenhausaufenthalte			
Operationen			
KHK/Herzinfarkt			
Schlaganfall			
Diabetes mellitus			
Bluthochdruck			
Erhöhte Blutfette			
Thrombose oder Lungenembolie			
Lungenkrankheit			
Magenerkrankung			
Lebererkrankung, Gelbsucht			
Nierenerkrankung			
Krebs			
Gicht			
Rheuma			
Hautkrankheit			
Psychische Erkrankung			
Sonstiges			

**Allergien/Unverträglichkeiten**

	Nein	Ja
Medikamente		
Pollen		
Hausstaubmilben		
Tierhaare		
Nahrungsmittel		
Milch-/Fruchtzucker		
Sonstiges		

**Angaben zur Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister)**

Herzinfarkt	
Schlaganfall	
Krebs	
Bluthochdruck	
Diabetes	
Erhöhte Blutfette	
Rheumatische Erkrankung	
Psychiatrische Krankheiten	
Sonstiges	

**Allgemeine Angaben**

	Nein	Ja – seit wann und wieviel
Rauchen Sie?		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?		
Appetit?		
Nächtliches Wasserlassen?		
Atemnot bei Belastung?		
Haben Sie viel Stress?		
Treiben Sie Sport?		
Essen Sie frisches Gemüse und Obst?		
Essen Sie regelmäßig Seefisch?		
Essen Sie Fleisch/Wurst?		
Essen Sie Milchprodukte?		

**Vegetative Anamnese/Veränderungen im letzten halben Jahr?**

Durst:	normal, vermehrt
Appetitlosigkeit:	ja, nein
Stuhlgang:	normal, Durchfall, Verstopfung
Wasserlassen:	normal, vermehrt, mit Beschwerden, nachts häufiger
Nachtschweiß:	ja, nein
Gewicht:	konstant, Zunahme, Abnahme
Fieber:	ja, nein
Schlafstörung:	ja, nein

**Schmerzen**

	Ja. Wo?	Nein
Leiden Sie unter regelmäßigen Schmerzen?		

**Welche Medikamente nehmen Sie? Bitte fügen Sie Ihren aktuellen Medikamentenplan hinzu.**

Welche Medikamente nehmen Sie ein?	Häufigkeit

**Für Patientinnen**

Geburten		
-Komplikationen		
Verhütung		
Menstruationsbeschwerden		

**Bei seelischen Beschwerden**

	Ja	Nein
Schlafen Sie gut?		
Haben Sie Freude an Dingen verloren, die Ihnen früher immer Spaß gemacht haben?		
Fühlen Sie sich häufig einsam?		
Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen?		
Haben Sie Schwierigkeiten, Ihre Alltagsaufgaben zu bewältigen?		
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Gedanken ständig um die gleichen Probleme kreisen?		
Haben Sie Ängste?		

**Prophylaxe**

Besitzen Sie einen Impfausweis?		
Letzter Checkup /Gesundheitsuntersuchung?		
Letzte Darmspiegelung		
Screening Bauchortenaneurysma (Männer)		

Dürfen wir Sie regelmäßig an Vorsorge-Maßnahmen, wie Impfungen, Gesundheitsuntersuchung (Checkup) usw. erinnern?

Berlin, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/Patientin \_\_\_\_\_