

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Sonstige behandelnde Ärzte (*Name, Fachrichtung*):

Sozialanamnese:

☐ Nicht berufstätig ☐ selbstständig ☐ Schüler/Ausbildung

☐ Elternzeit ☐ Beschäftigt in Vollzeit ☐ Beschäftigt im Schichtdienst

☐ Rentner ☐ Beschäftigt in Teilzeit

Beruf: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet

Kinder: _____

Wohnsituation: ☐ alleinlebend ☐ mit Familie
 ☐ betreutes Wohnen ☐ Seniorenwohnheim

Sportliche Aktivitäten: _____

Erkrankungen:

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

seit wann? Nähere Angaben

Bluthochdruck	☐ Nein	☐ Ja	_____
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	☐ Nein	☐ Ja	_____
Herzerkrankungen	☐ Nein	☐ Ja	_____
Schlaganfall	☐ Nein	☐ Ja	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	☐ Nein	☐ Ja	_____
Zuckerkrankheit/ Diabetes	☐ Nein	☐ Ja	_____
Fettstoffwechselstörung	☐ Nein	☐ Ja	_____
Tumorerkrankungen	☐ Nein	☐ Ja	_____
Lebererkrankungen	☐ Nein	☐ Ja	_____
Hauterkrankungen	☐ Nein	☐ Ja	_____
Chronische Infektionskrankheiten	☐ Nein	☐ Ja	_____
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	☐ Nein	☐ Ja	_____
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	☐ Nein	☐ Ja	_____
Thrombose o. Lungenembolie	☐ Nein	☐ Ja	_____
Augenerkrankungen	☐ Nein	☐ Ja	_____
Psychische Erkrankungen	☐ Nein	☐ Ja	_____
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	☐ Nein	☐ Ja	_____

Allgemeine Anamnese:

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: ____ Zigaretten/Tag

Nicht mehr seit: _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: ____ Gläser/Woche

Allergien:

☐ Wespen-/Bienenstich ☐ Allergischer Schock in der Vergangenheit

☐ Medikamente _____

☐ Lebensmittel _____

☐ Andere _____

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck ☐ Nein ☐ Ja

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt ☐ Nein ☐ Ja

Herzerkrankungen ☐ Nein ☐ Ja

Schlaganfall ☐ Nein ☐ Ja

Durchblutungsstörungen der Beine ☐ Nein ☐ Ja

Zuckerkrankheit/ Diabetes ☐ Nein ☐ Ja

Tumorerkrankungen ☐ Nein ☐ Ja

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen ☐ Nein ☐ Ja

Thrombose o. Lungenembolie ☐ Nein ☐ Ja

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte bringen Sie Ihren vollständigen, aktuellen Medikationsplan mit!

Krankenhausaufenthalte:

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, warum und wo? _____

Operationen (bitte erläutern):

☐ Herz _____

☐ Bauch _____

☐ Gefäße _____

☐ Wirbelsäule _____

☐ Sonstige: _____

Bitte bringen Sie die letzten Entlassungsberichte der Krankenhausaufenthalte mit.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Kooperation!

Ort, Datum

Unterschrift