



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientinnen und sehr geehrte Patienten!

Willkommen in meiner Ordination! Damit ich Sie als Ihre Hausärztin bestmöglich behandeln kann, ersuche ich Sie, vorab diesen Fragebogen zu Ihrer Gesundheit auszufüllen.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vom gesamten Ordinationsteam streng vertraulich behandelt!

Ich danke für Ihre Mithilfe!

Ihre Dr. Angela Hausladen

Titel _____ Geschlecht männl. weibl. divers

Vorname _____

Nachname _____

Versicherungsnr. _____ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____

Krankenkasse _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mail _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Arbeitg. Adresse _____

Vertrauensperson _____

Allergien/Unverträglichkeiten (Medikamente, Nahrung, Gräser, Pollen, Kontrastmittel, Jod, etc.)

NEIN JA _____

Fragen zur Familie

Eltern

Geschwister

Kinder

Herzinfarkt NEIN JA UNBEK. NEIN JA UNBEK. NEIN JA UNBEK.

Schlaganfall NEIN JA UNBEK. NEIN JA UNBEK. NEIN JA UNBEK.

Bluthochdruck NEIN JA UNBEK. NEIN JA UNBEK. NEIN JA UNBEK.

Zuckerkrankheit NEIN JA UNBEK. NEIN JA UNBEK. NEIN JA UNBEK.

Krebserkrankung NEIN JA UNBEK. NEIN JA UNBEK. NEIN JA UNBEK.



Schwangerschaft

NEIN JA im wievielten Monat? _____

Vorherige Geburten? _____

Aborte? _____

Rauchen

NIE NICHT MEHR seit wann etwa: _____

JA ca. _____ Stück/Woche, seit etwa _____ Jahren.

Alkoholkonsum

NEIN GELEGENTLICH

JA etwa wieviel, und wovon: _____

Operationen? (Welche, Wann)

NEIN

JA _____

Leiden Sie an Hypertonie? (Erhöhter Blutdruck)

NEIN

JA

Haben/Hatten Sie eine Herzerkrankung? (Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung)

NEIN

JA _____

Leiden Sie an Diabetes? (Zuckerkrankheit)

NEIN

JA, TYP 1 (in Kindheit/
Jugend aufgetreten)

JA, TYP 2 (im Erwachsenenalter
aufgetreten)

JA (in der
Schwangerschaft)

Haben/Hatten Sie andere Stoffwechselerkrankungen?

(Übergewicht, erhöhte Harnsäure und/oder Blutfette, Schilddrüsenerkrankung, Osteoporose)

NEIN

JA _____

Haben/Hatten Sie Magen/Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Magengeschwür) oder Leber/Bauchspeicheldrüsenerkrankung (Fettleber, Leberzirrhose, Pankreasinsuffizienz, Pankreasentzündung)?

NEIN

JA _____

Leiden Sie an einer Lungenerkrankung?

NEIN

JA, Asthma bronchiale JA, chron. Bronchitis (COPD) Ich benötige eine Sauerstofftherapie

Haben/Hatten Sie eine Krebserkrankung?

NEIN

JA Chemo, OP, Strahlentherapie? _____



Hatten Sie jemals eine Thrombose oder Lungenembolie?

NEIN JA wann, Lokalisation: _____

Haben Sie eine Neigung zu verlängerten Blutungen?

(angeborene Gerinnungsstörung, blutverdünnende Medikamente)

NEIN JA _____

Sind bei Ihnen neurologische Erkrankungen bekannt, oder ist jemals ein akutes neurologisches Ereignis aufgetreten?

NEIN JA, Migräne JA, Multiple Sklerose
 JA, Epilepsie (Krampfanfälle) JA, Schlaganfall JA, Hirnblutung

Leiden Sie an einer chronischen infektiösen Erkrankung wie HIV/Aids/Hepatitis?

NEIN JA _____

Haben/Hatten Sie eine psychiatrische Erkrankung?

(Depression, Schizophrenie, Burnout, Essstörungen)

NEIN JA _____

Haben/Hatten Sie eine Erkrankung der Augen oder des Gehörs?

NEIN JA _____

Haben/Hatten Sie eine orthopädische Erkrankung oder Probleme mit dem Bewegungsapparat?

NEIN JA _____

Haben/Hatten Sie eine urologische Erkrankung (Nierensteine, Blasenschwäche, Inkontinenz, Prostatahyperplasie, rezidivierende Harnwegsinfekte, u.ä.) **oder Erkrankungen der Geschlechtsorgane?**

NEIN JA _____

Sonstige chronische Erkrankungen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, bitte Name, Dosis, Einnahmeschema!

NEIN JA _____

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben!

Datum

Unterschrift

Etwaige Änderungen bitte immer bekannt geben!

Vorname, Name PatientIn: