

ANAMNESEFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, werden wir Ihnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Beruf: _____ Tel.(privat): _____ (Handy): _____

Körpergröße (in cm): _____ Gewicht (in kg): _____ (Sind Sie schwanger? Ja SSW: _____)

Nennen Sie uns bitte Ihren Hausarzt: _____ Praxisanschrift: _____

Haben Sie einen Schwerbeschädigtenausweis ja nein eine Gebührenbefreiung ja nein

Haben Sie Allergien? _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Nein Ja morgens mittags abends

Wenn Sie einen aktuellen Medikamentenplan dabei haben, können Sie uns diesen bitte zum Einscannen geben.

Wenn ja, welche und wann? **Beispiel:** *Amlodipin 5 mg* _____ $\frac{1}{2}$ _____ $\frac{1}{2}$

Bitte die **Stärke** angeben!

(mg, ml, µg, etc.)

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Durst: Normal bei Trinkmenge _____ l pro Tag

Appetit: Normal Vermehrt

Stuhlgang: Normal Durchfall Verstopfung

Wasserlassen: Normal Vermehrt Brennen Startschwierigkeiten Nachts öfter als 1 - 2 mal

Gewicht: Konstant Zunahme Abnahme _____ Kilogramm in _____ Monaten

Zigaretten: Ja Wenn ja, seit wann: _____ Wie viele am Tag? _____

Nein Wenn nein, nie geraucht Ex-Raucher seit _____

Alkohol: Nein Ja, täglich ab und zu

Was (Wein, Bier etc.), wie viel (1 Glas etc.) ? _____

Haben Sie Vorerkrankungen? Wenn ja, seit wann sind diese bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja , seit _____

Nierenerkrankung Nein Ja , seit _____

Fettstoffwechselstörung Nein Ja , seit _____

Lungenerkrankung Nein Ja , seit _____

Blutzuckerkrankheit Nein Ja , seit _____ Typ _____

Tumorerkrankung Nein Ja , seit _____

Gicht Nein Ja , seit _____
HIV Nein Ja , seit _____
Hepatitis A B C Nein Ja , seit _____
Tuberkulose Nein Ja , seit _____

Operationen, bitte mit Datum angeben (z.B. Nierensteinentfernung 1998)

Nieren:

Hatten oder haben Sie blutigen Urin? Nein Ja Notiz: _____
Werden Ihre Beine dick? Nein Ja Notiz: _____
Hatten oder nehmen Sie häufig Schmerztabletten? Nein Ja Notiz: _____

Herz:

Hatten Sie schon mal einen Herzinfarkt? Nein Ja Wann? _____
Hatten Sie schon mal Herzrhythmusstörungen? Nein Ja Wann? _____
Hatten Sie schon mal Untersuchungen am Herzen? Nein Ja Welche Art? _____

Andere Operationen:

Aktuelle Beschwerden:

Gibt oder gab es in Ihrer Familien folgende Krankheiten? Wenn ja, bitte den Verwandtschaftsgrad (Tante, Mutter, Großvater etc.) angeben.

Bluthochdruck Nein Ja _____
Blutzuckerkrankheit Nein Ja _____
Fettstoffwechsel Nein Ja _____
Herzinfarkt Nein Ja _____
Krebs Nein Ja _____
Wenn ja, welche Art von Krebs? _____

Sonstiges: _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.
Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.