Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe zu Hause aus und besprechen Sie ihn, falls erforderlich mit Eltern, Partnern usw. Ihre Antworten erleichtern es, die richtige Diagnose zu stellen und die beste Behandlung für Sie auszuwählen.

Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, diesen Fragebogen nur Ihrem Arzt oder seiner Arzthelferin persönlich zu übergeben.
Bitte verwenden Sie beim Ausfüllen Druckbuchstaben.

Name: **Vorname:**

Alter: **Beruf:**

Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis?

Wir möchten auch wissen, wie stark Sie die Erkrankung, die Sie zu uns führt, belastet. Bitte markieren Sie hierzu auf der Skala, die Zahl, die am besten ausdrückt, wie stark der Satz zutrifft (1= trifft kaum zu; 10= trifft sehr stark zu)

Ich habe starke Schmerzen und/oder leide sehr und brauche dringend ärztliche Hilfe:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft wenig zu trifft sehr zu

Ich bin sehr besorgt und habe große Angst vor einer Verschlimmerung:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft wenig zu trifft sehr zu

Ich leide kaum, möchte aber, dass ich behandelt werde, um Folgeschäden zu vermeiden oder weil mich die Erkrankung beeinträchtigt.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft wenig zu trifft sehr zu

Ich komme lediglich zu einer Routineuntersuchung. Ich glaube im Großen und Ganzen gesund zu sein.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft wenig zu trifft sehr zu

Haben Sie zur Zeit weitere Erkrankungen? Nein:_____ Ja: _____(siehe Liste)

Erkrankung	seit	in Behandlung?	
		ja	nein

Welche Medikamente haben Sie in den letzten 3 Monaten eingenommen?

gar kein Medikament: ____
folgende Medikamente: _____(siehe nachfolgende Liste)

Ich nehme:

Medikament	(ca. von - bis)	Dosierung

Was unternehmen Sie außerdem, um Ihre Beschwerden zu lindern?

Erkrankung	Maßnahme zur Linderung

Welche bedeutsamen Erkrankungen haben Sie schon gehabt?

Erkrankung	genaue Bezeichnung	Jahr/Zeitpunkt	...besteht die Erkrankung noch?
Herz/Kreislauf			
Lunge			
Leber			
Niere			
Magen-Darm-Trakt			
Schilddrüse			
Wirbelsäule			
Gliedmaßen/Gelenke			
Allergien			
Infektionskrankheiten			
Sonstige			
Sonstige			

Welche Kinderkrankheiten haben Sie gehabt? (zutreffendes markieren)

Masern	ja	nein
Windpocken/Feuchtblattern/Wasserpocken	ja	nein
Keuchhusten	ja	nein
Mumps/Ziegenpeter	ja	nein
Scharlach	ja	nein
Röteln	ja	nein

Welche ernsten Erkrankungen sind bei Ihren Eltern und Geschwistern aufgetreten?
(z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Zuckerkrankheit, Epilepsie, Rheuma, Asthma, Allergien, Nervenerkrankungen usw.)

Erkrankungen	Elternteil, Bruder , Schwester	Alter bei Auftreten

Sind nahe Verwandte von Ihnen an Krankheiten verstorben?

Nein: _____ Ja: _____ (siehe Liste)

Verwandter	Krankheit	Alter

Wurden Sie schon einmal operiert? Nein:_____ Ja:_____(siehe Liste)

Art der Operation	Zeitpunkt	Verlauf	
		gut	schlecht

Hatten Sie Unfälle? Nein:_____ Ja:_____ (siehe Liste)

Art	Jahr	Folgeschäden?

Krankenhausaufenthalte? Nein:_____ Ja:_____ (siehe Liste)

Grund	Jahr	Dauer

Rauchen Sie?:

Nein: ___ Ja:___ (bei ja bitte weitere Angaben machen)

(nur eine Möglichkeit: täglich oder wöchentlich oder gelegentlich ankreuzen!)

Zigaretten: täglich ☐ Menge:_____

Zigarre: täglich ☐ Menge:_____

Pfeife: täglich ☐ Menge:_____ in Gramm Tabak

Trinken Sie Alkohol?

Nein:___ Ja:___ (bei ja bitte weitere Angaben machen)

(nur eine Möglichkeit: täglich oder wöchentlich oder gelegentlich ankreuzen!)

Bier: täglich ☐ wöchentlich ☐ gelegentlich ☐ Menge:_____

Wein: täglich ☐ wöchentlich ☐ gelegentlich ☐ Menge:_____

Spirituosen: täglich ☐ wöchentlich ☐ gelegentlich ☐ Menge:_____

Bitte beschreiben Sie Ihr Alltagsverhalten

Ich esse sehr schnell:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft voll zu trifft nicht zu

Ich esse häufig (täglich) Fleisch, Kuchen, Süßigkeiten:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft voll zu trifft nicht zu

Ich nehme weniger als 2-3 Liter nichtalkoholische Flüssigkeit zu mir:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft voll zu trifft nicht zu

Ich habe Stuhlgang: (bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen)

täglich ____ alle 2 Tage _____alle 3Tage_____alle4 Tage_____ seltener_____

Ich habe Beschwerden beim Wasserlassen:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft voll zu trifft nicht zu

Mein Schlaf ist ruhig und erholsam

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft voll zu trifft nicht zu

In meinem Beruf bin ich zufrieden und fühle mich erfolgreich

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft voll zu trifft nicht zu

Mit meinem Privatleben bin ich zufrieden und glücklich

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
trifft voll zu trifft nicht zu

Welchen Sport betreiben Sie regelmäßig?

Sportart	Häufigkeit - Angabe in Stunden pro Woche

Welche weiteren Informationen zum Umfeld Ihrer Erkrankung halten Sie für wichtig und möchten Sie mitteilen?

Datum:_____Unterschrift:_____