



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Um Sie optimal beraten zu können, benötigen wir einige Informationen über Sie. Mit dem Ausfüllen des folgenden Fragebogens würden Sie uns sehr helfen.

Name Vorname Geb.

Anschrift Straße Hausnummer PLZ Wohnort

Tel (Privat) Mobil E-Mail

Beruf / Arbeitgeber

Körpergröße (cm) Gewicht (kg) Familienstand

Haben Sie Allergien, vor allem gegen Medikamente?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Rauchen Sie? Ja Nein **Treiben Sie Sport?** Ja Nein

Ja.

Seit wie viele Jahren?

Wie viele Zigaretten / Tag?

Nicht mehr: Seit wann nicht mehr?

Ja.

Wie oft pro Woche:

Welche Sportart üben Sie aus?

Wie oft trinken Sie **Alkohol**? Wie viel trinken Sie?

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?



Dr. med. Christiane Strobach
 Fachärztin für Innere Medizin

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

| Erkrankungen | Ja | Seit wann? | Nein | Weiß ich nicht |
|--|----|------------|------|----------------|
| Bluthochdruck | | | | |
| Erhöhte Blutfettwerte | | | | |
| Erhöhte Harnsäurewerte/ Gicht | | | | |
| Diabetes / Zuckerkrankheit | | | | |
| Herzinfarkt | | | | |
| Herzschwäche | | | | |
| Schlaganfall | | | | |
| Asthma bronchiale | | | | |
| Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen | | | | |
| Schlaf-Schnarch-Krankheit | | | | |
| Verengte Halsgefäße | | | | |
| Verengte Bein Gefäße | | | | |
| Schilddrüsenerkrankungen | | | | |
| Hormonstörungen | | | | |
| Nierenerkrankungen /Nierensteine | | | | |
| Gallensteine (oder OP) | | | | |
| Entzündliche Darmerkrankungen | | | | |
| Leberverfettung /-zirrhose | | | | |
| Wirbelsäule- /Gelenkerkrankungen | | | | |
| Autoimmunerkrankungen | | | | |
| Krebserkrankungen (welche?) | | | | |
| Aufstoßen | | | | |
| Entzündung der Speiseröhre | | | | |
| Entzündung der Magenschleimhaut | | | | |
| Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre | | | | |
| Weitere Erkrankungen | | | | |

Wurden Sie schon einmal operiert? Wann?
Welches Organ?

Schnarchen Sie? Ja Nein

Sind Sie schon auf Atempausen aufmerksam geworden? Ja Nein

Sind Sie morgens beim Aufwachen ausgeruht? Ja Nein

Sind Sie tagsüber extrem müde? Ja Nein

Haben Sie Probleme /Beschwerden **beim Wasserlassen?** Ja Nein

Nächtliches Wasserlassen? _____ mal / Nacht

Haben Sie Probleme /Beschwerden **beim Stuhlgang?** Ja Nein

Nur für MÄNNER

| | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Haben Sie Erektionsstörungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht | Haben Sie eine Prostatavergrößerung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|



Dr. med. Christiane Strobach
 Fachärztin für Innere Medizin

Nur für FRAUEN

| | |
|---|--|
| In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung? _____ Wann war Ihre letzte Regelblutung? _____ | Bestand in der Schwangerschaft eine Schwangerschaftsdiabetes oder eine Präeklampsie/Gestose (Schwangerschaftsvergiftung)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| In welchem Alter sind Sie in die Wechseljahre gekommen? _____ Bekommen Sie eine Hormonersatztherapie? _____ | Hatten Sie früher oder aktuelle Regelblutungsstörungen ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Anzahl der Geburten: _____ | Verhütungsmaßnahmen: <input type="checkbox"/> Pille <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Sterilisation Andere Verhütungsmethode: _____ |

Medikamente

| Name des Medikaments | Früh | Mittag | Abend | Zur Nacht |
|----------------------|------|--------|-------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Fragen zur Familiengeschichte

| | Mutter | Vater | Kinder | Geschwister | Groß-eltern | Partner |
|--------------------------|-------------------------------|-------|--------|-------------|-------------|---------|
| Erkrankung | <i>Bitte ankreuzen für ja</i> | | | | | |
| Übergewicht | | | | | | |
| Bluthochdruck | | | | | | |
| Schlaganfall | | | | | | |
| Herzinfarkt | | | | | | |
| Verengung anderer Gefäße | | | | | | |
| Amputationen | | | | | | |
| Nierenerkrankungen | | | | | | |
| Altersdemenz | | | | | | |
| Zuckerkrankheit | | | | | | |
| Bösartige Erkrankungen | | | | | | |
| Alter bei Tod / Ursache | | | | | | |

Erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass bereits vorhandene Untersuchungsergebnisse bei Ihrem Hausarzt oder Facharzt angefordert werden können? Ja Nein

Wollen Sie an wichtige Termine, wie z.B. Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden und unseren monatlichen Praxis-Gesundheitsbrief per E-Mail erhalten? Ja Nein

| | | |
|-------|--------------|--------|
| Datum | Unterschrift | E-Mail |
|-------|--------------|--------|