

Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation bei Herrn Dr. Krehmeier oder Dr. Reinhardt aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Männlich Weiblich
 Straße: _____ PLZ: _____ Stadt: _____
 Beruf: _____ Beschäftigt bei: _____
 Tel. (privat): _____ (geschäftlich): _____

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Röteln	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Windpocken	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Mumps	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Scharlach	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blinddarm	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Mandeln	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Operationen?

Sonstiges:

Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Harnsäurestoffwechselstörung, Gicht	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Aids	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leberentzündung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Sonstiges:

Allergien gegen?

Penicillin	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Aspirin-Acetylsalicylsäure	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blütenstaub	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tierhaare	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hausstaubmilben	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nahrungsmittel*	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
*Wenn ja, welche?	_____	
Metalle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Sonstiges:

Familienvorgeschichte	Bluthochdruck	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Blutzuckerkrankheit	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Fettstoffwechsel	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Asthma	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Krebs*	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

*Wenn ja, welcher? _____

Sonstiges: _____

Vegetative Anamnese	Durst	*Normal	<input type="checkbox"/>	Vermehrt	<input type="checkbox"/>
	Appetit	Normal	<input type="checkbox"/>	Vermehrt	<input type="checkbox"/>
	Stuhlgang	Normal	<input type="checkbox"/>	Vermehrt	<input type="checkbox"/>
	*Wenn nicht normal,	Durchfall	<input type="checkbox"/>	Verstopfung	<input type="checkbox"/>
	*Wenn Durchfall,	Mit Blut	<input type="checkbox"/>	Mit Schleim	<input type="checkbox"/>
	*Wie oft am Tag?		_____	Wann?	_____
	Wasserlassen	Normal	<input type="checkbox"/>	Vermehrt	<input type="checkbox"/>
	*Wenn nicht normal,	"Brennen"	<input type="checkbox"/>	Startschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>
		Nachts öfter als 1 - 2 mal	<input type="checkbox"/>		
	Gewicht	Konstant	<input type="checkbox"/>	Nicht konstant	<input type="checkbox"/>

*Wenn nicht konstant, Zunahme Abnahme
 _____ Kilogramm in _____ Monaten

Mir ist sehr oft kalt	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Mir ist sehr oft warm	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Ich schwitze übermäßig	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Ich habe oft Kopfschmerzen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Zigaretten	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
*Wenn ja, wie viele am Tag?		_____		
Alkohol	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
*Wenn ja,	Täglich	<input type="checkbox"/>	Ab und zu	<input type="checkbox"/>
	*Was?			_____
	*Wieviel?			_____

Bei Patientinnen:					
Schwangerschaften		Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Geburten		Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Antibabypille		Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Monatsblutungen	Regelmäßig	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Schmerzhaft	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

Alle Patienten:					
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

*Wenn ja, welche? _____

Körpergröße (in cm) _____ **Gewicht (in kg)** _____

Ich besitze Impfschutz gegen					
Tetanus	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	
Diphtherie	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	
Polio	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	
BCG-Tuberkulose	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	
Mumps	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis A	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	
Röteln	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	

Ich trage Brille/Kontaktlinsen

*Wenn ja, Dioptrin

Wann war der letzte Check-up

*Mit welchem Ergebnis und wo gemacht

Letzte Röntgenuntersuchung war wann?

Letzter Zahnarzt Check-up war wann?

Zur Zeit bin ich beschwerdefrei

Aktuelle Beschwerden (bitte mit Zeitangaben):

Nein

Ja

Rechts _____

Links _____

Herz und Lunge _____

Magen _____

Ja

Nein

Ich wünsche durchgecheckt zu werden mit

Magen

Nein

Ja

Herz- und Lunge

Nein

Ja

Belastungs-EKG

Nein

Ja

(Herz-Test auf dem Fahrrad)

Aids-Test

Nein

Ja

Bitte nennen Sie mir einen guten

Zahnarzt

Nein

Ja

Frauenarzt

Nein

Ja

Hals-Nasen-Ohrenarzt

Nein

Ja

Neurologen-Psychiater

Nein

Ja

Orthopäden

Nein

Ja

Hautarzt

Nein

Ja

Kinderarzt

Nein

Ja

Frischen Sie meine Impfungen auf

Nein

Ja

Ich lege besonderen Wert auf: _____

Ich bin versichert bei:

Meine Versicherung übernimmt alle Kosten für

Check-up

Nein

Ja

bis maximal Euro

Behandlungen

Nein

Ja

bis maximal Euro

Ich habe eine Selbstbeteiligung von Euro:

Rechnung soll geschickt werden an:

Befundbericht soll geschickt werden an:

Uns interessiert es, wie Sie zu uns kamen

durch Empfehlung von:

Telefonbuch

Sonstiges

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