

Anamnesebogen

Liebe Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für deine Behandlung von großer Wichtigkeit. Solltest du dir bei einer Angabe nicht sicher sein, mache bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben mit deiner Unterschrift am Ende des Dokumentes. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

Zu deiner Person

Vorname/Name		
Adresse		
Geburtstag	Beruf	
Telefon	E-Mail	
Hausarzt	Größe	Gewicht
Kinderwunsch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bist du schwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> möglicherweise	
Anzahl Geburten <input type="text"/> davon mit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Zange <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Komplikationen
Anzahl Fehlgeburten <input type="text"/>	Abbrüche? <input type="text"/>	Eileiterschwangerschaften? <input type="text"/>
Alter bei der ersten Regelblutung? <input type="text"/>	Datum der letzten Regelblutung? <input type="text"/>	
Ernährungsweise? <input type="checkbox"/> Mischkost	<input type="checkbox"/> ovo-lacto veg.	<input type="checkbox"/> ovo-vegetarisch <input type="checkbox"/> lacto-vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan
Trinkst du Kaffee? <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> < 3 Tassen/Tag	<input type="checkbox"/> > 3 Tassen/Tag
Trinkst du Alkohol? <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> > 2x/Woche <input type="checkbox"/> täglich
Rauchst du? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht mehr	Wenn ja, wie viele täglich? <input type="text"/> Seit wann? <input type="text"/>
Treibst du Sport? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welchen? <input type="text"/>	Wie oft? <input type="text"/>
Leidest du unter Schlafstörungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? <input type="text"/>	

Dein allgemeiner Gesundheitszustand

Neigst du zu...	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Durchfall?	<input type="checkbox"/> Schwindel?	<input type="checkbox"/> Verstopfung?	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen?
	<input type="checkbox"/> Atemnot?	<input type="checkbox"/> Übelkeit?	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Traurigkeit?	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen?
	<input type="checkbox"/> Erschöpfung?	<input type="checkbox"/> Müdigkeit?			
Operationen/Bestrahlung/Chemotherapie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche (bitte möglichst mit Jahreszahl)? <input type="text"/>				
<hr/>					
Allergien? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche? <input type="text"/>				

Medikamentenunverträglichkeit? ja nein Wenn ja, welche? _____

Nahrungsmittelunverträglichkeit? ja nein Wenn ja, welche? _____

Vorerkrankungen/familiäre Disposition

Hast oder hattest du eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Reizdarm
<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung
<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Chronische Infektion	<input type="checkbox"/> Krampfanfälle
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Glaukom	<input type="checkbox"/> Arthrose
<input type="checkbox"/> Asthma/COPD	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
<input type="checkbox"/> Hepatitis/HIV	<input type="checkbox"/> Windpocken	
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	

Traten in der Familie (Eltern, Geschwister, Tante mütterlicherseits) folgende Erkrankungen auf?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Thrombose
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
<input type="checkbox"/> Asthma/COPD	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	

Nimmst du zurzeit Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel ein?

ja nein

Wenn ja, welche (z. B. Pille, ASS, Marcumar – bitte auch Augentropfen, Sprays etc. angeben)?

Präparat	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Letzte gyn. Untersuchung?

Mammographie?

Brust-Ultraschall?

Datum

Name/Unterschrift

