

## Fragebogen zur Krankengeschichte (Anamnese)

---

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit zum Beantworten folgender Fragen. Nutzen Sie ggf. auch die Rückseite, falls der Platz nicht ausreicht. Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_ aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrer **Familie** (Eltern, Geschwister, Großeltern) **schwerwiegende Krankheiten**?

Wenn ja, wer, in welchem Alter: \_\_\_\_\_

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt              | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck       | <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette |  |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen: _____ |  |  |
| <input type="checkbox"/> andere: _____            |  |  |
- 

eigene **ernsthafte/chronische Erkrankungen**:

---

---

Welche **Operationen, Unfälle, Krankenhausaufenthalte** hatten Sie schon (Jahr)?

---

---

Befinden Sie sich außer in unserer Praxis in **regelmäßiger ärztlicher Behandlung oder Kontrolle** (andere Fachgebiete)? Weshalb (Diagnose) und bei wem?

---

---

Befinden Sie sich in **psychotherapeutischer Behandlung**? (weshalb/Diagnose, bei wem)

---

---

**regelmäßige Medikamenteneinnahme mit Dosierung**

(außerhalb der von unserer Praxis verordneten Medikamente):

---

---

**Medikamente/Präparate/Nahrungsergänzungsmittel, die Sie ohne ärztliche Verordnung einnehmen:**

---

---

**Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten:**

---

---

**Vorsorge:**

Gehen Sie regelmäßig zum **Zahnarzt**?  JA  NEIN Wann das letzte Mal? \_\_\_\_\_

Waren Sie schon zur **Hautkrebsvorsorge**?  JA  NEIN Wann das letzte Mal? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon eine **Darmspiegelung** (Koloskopie)?  JA  NEIN Jahr: \_\_\_\_\_

**Frauen:**

Gehen Sie regelmäßig zum **Frauenarzt**?  JA  NEIN Wann das letzte Mal? \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder geboren (Anzahl)?  JA  NEIN Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

**Männer ab 45 Jahre:**

Waren Sie schon beim **Urologen** zur Krebsvorsorge?  JA  NEIN Jahr: \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 6 Monaten **Gewicht** zu- oder abgenommen?  JA  NEIN Wieviel kg? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr **Appetit**? \_\_\_\_\_

**Ernähren** Sie sich  vegetarisch  vegan  sonstiges: \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon eine **Magenspiegelung** (Gastroskopie)?  JA  NEIN Jahr: \_\_\_\_\_

Wieviel **Flüssigkeit** trinken Sie ungefähr an einem Tag? \_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden beim **Stuhlgang**, Neigung zu  Verstopfung  Durchfall?

Haben Sie beim Toilettengang Blut oder schwarz gefärbten Stuhlgang festgestellt?  JA  NEIN

Gibt es Probleme beim **Wasserlassen**?  JA  NEIN

Wie häufig gehen Sie nachts auf Toilette? \_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich Ihrem Alter entsprechend **körperlich gut belastbar**?  JA  NEIN

Treiben Sie regelmäßig **Sport**?  JA  NEIN

Welche Art und wie häufig? \_\_\_\_\_

**Rauchen**  JA  NEIN (wieviel, seit wann): \_\_\_\_\_

**Alkohol**  JA  NEIN (was, wie häufig): \_\_\_\_\_

**Drogen**  JA  NEIN (welche, wie häufig): \_\_\_\_\_

Wann war die letzte **Tetanusimpfung**: \_\_\_\_\_

Aktuelle **Größe**: \_\_\_\_\_ aktuelles **Gewicht**: \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie zur Vorsorgeuntersuchung **diesen Bogen und Ihren Impfausweis** mit. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Platz für Ihre Ergänzungen:

---

---

---

Hiermit bin ich damit einverstanden, dass mich das Team der „Neustadt-Praxis“ kontaktieren darf:

JA  NEIN

Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und mit dieser einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift