

Patientenname:\*

## ANAMNESE - BOGEN

(FRAGEN ZUR KRANKENGESCHICHTE)

### Sehr geehrter Patient,

um Ihre Untersuchung und Behandlung optimal durchführen zu können, ist es für uns wichtig, Ihre Krankengeschichte, vorbestehende Krankheiten, Allergien, einzunehmende Medikamente oder durchgeführte Operationen zu kennen. Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Sie können das ausgefüllte Formular wahlweise elektronisch an uns versenden (siehe unten: ‚Absenden‘ klicken) oder selbst ausdrucken und zum Arzttermin mitbringen.

ja	nein	ich weiß nicht	<b>Herzerkrankungen</b> (z.B. KHK, Klappenfehler, Rhythmusstörungen o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Kreislaufkrankungen</b> (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Lungenerkrankungen</b> (z.B. Asthma, Pneumonie, Tuberkulose o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Lebererkrankungen</b> (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Fettleber o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Magen-Darmerkrankungen</b> (z.B. Magengeschwür o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Nierenerkrankungen</b> (z.B. Nierensteine, Nierenentzündungen o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Stoffwechselerkrankungen</b> (z.B. Blutzucker, Gicht, Fettstoffw. o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Hormonerkrankung</b> (z.B. Schilddrüsenfehlfunktion o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Bluterkrankungen</b> (z.B. Anämie, Leukämie o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Blutgerinnungsstörung</b> (z.B. Neigung zu Blutergüssen o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Skeletterkrankungen</b> (z.B. Arthrose, Osteoporose, Frakturen o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Nervensystemerkrankungen</b> (z.B. Migräne, Parkinson, Epilepsie o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Gemütsleiden</b> (z.B. Depressionen, Psychosen o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Augenerkrankungen</b> (z.B. grüner oder grauer Star o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Hauterkrankungen</b> (z.B. Neurodermitis, Psoriasis, Ekzeme o.a.)
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Herpes</b>
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Infektionserkrankungen</b> (z.B. insbesondere aktuell oder chronisch)
			wenn ja, welche:
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Tumorerkrankungen</b> (bösartige):
ja	nein	ich weiß nicht	<b>Allergien</b> (z.B. Heuschnupfen, Medikamentenallergien z.B. Penicillin o.a.)
			wenn ja, welche:
ja	nein		<b>Nikotinkonsum</b> , wenn ja, wieviel Zigaretten tgl. Stückzahl:

Welche **Medikamente** nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig ein?

Welchen **Operationen** haben Sie sich wann unterzogen?

OP/Jahr:

OP/Jahr:

OP/Jahr:

OP/Jahr:

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt bzw. Kinderarzt? (ggf. mit Anschrift)

Welchen Beruf üben Sie aus und wer ist Ihr Arbeitgeber?

Krankenversicherung:\*

Für gesetzlich versicherte Patienten:

Haben Sie eine Private Zusatzversicherung, ggf. welche?\*    ja    nein

**In eigener Sache mit der Bitte um Beantwortung:**

*Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?*

durch meinen überweisenden Arzt  
durch eine Empfehlung von Familienangehörigen, Kollegen, Freunden:

durch das Telefonbuch  
durch die Gelben Seiten  
durch unsere Homepage  
Internetsuche, ggf. welches Portal:  
sonstiges:

Frankfurt am Main, den \*

Optional: Digitale Unterschrift Patient/in , Sorgeberechtigter:

Tag            Monat            Jahr

und/oder