

Familienarztpraxis
Dr. Hellmuth & Kollegen
Sonnleite 33 ▪ 97076 Würzburg
Tel: 0931 272562 ▪ Fax: 0931 272563
E-Mail: info@familienarztpraxis.de



Anamnesebogen

Liebe Patienten,

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Ihnen Fragen unverständlich erscheinen, helfen wir Ihnen gerne. **Vielen Dank für Ihre Mitarbeit**

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ männlich: weiblich:

PLZ und Ort: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____

Telefon Arbeit: _____ Beruf: _____

E-Mail Adresse: _____ Hausarzt (bisher/weiter): _____

Pflegegrad: _____ Behinderung: _____ Berentung: _____

Angehörige/Personen die über den Gesundheitszustand informiert werden dürfen:

Körpergröße : _____ Körpergewicht : _____

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern Ja Nein unbekannt

Röteln Ja Nein unbekannt

Mumps Ja Nein unbekannt

Windpocken Ja Nein unbekannt

Scharlach Ja Nein unbekannt

Keuchhusten Ja Nein unbekannt

Diphtherie Ja Nein unbekannt

Sonstige: _____

bisherige Operationen:

Allergien gegen:

bitte wenden 

Nehmen Sie Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel ein?

Ja

Nein

wenn ja, welche (z. B. Ass 100 mg 1-0-0)

Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Augenerkrankungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Magenerkrankungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Nierenerkrankungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Hauterkrankungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Fettstoffwechselstörung	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Gicht	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Rheuma	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis)	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Asthma/chron. Bronchitis (COPD)	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Herzerkrankung	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Krebsleiden	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Migräne	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Depressionen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unbekannt	<input type="radio"/>	_____

Sonstige Erkrankungen: (z.B. Thrombose, Bandscheiben, Bewegungsapparat, HIV)

Gibt es familiäre Vorerkrankungen? (z.B. Krebs, Diabetes, Asthma, Herzinfarkt, Schlaganfall)

Rauchen/Dampfen Sie? Ja Nein wenn ja, was _____

Drogenkonsum ? Ja Nein wie viel: _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein wenn ja, wie oft: _____

was: _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein

Für Frauen:

Gehen Sie regelmäßig zum Gynäkologen? Ja Nein

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wie oft waren sie schwanger? _____ **Wie**

viele Geburten hatten Sie? _____