

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Bitte ausfüllen, Zutreffendes unterstreichen.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient

Wir freuen uns, Sie in unsere Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine erfolgreiche Behandlung durch Ihren Arzt ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig.

Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen so gut wie möglich.

Die Angabe unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschliesslich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine Medizinische Praxisassistentin gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

EIGENE VORGESCHICHTE

Hatten Sie eine/mehrere der folgenden Kinderkrankheiten?

| | | | |
|------------|------|----|-------------|
| Masern | Nein | Ja | Weiss nicht |
| Röteln | Nein | Ja | Weiss nicht |
| Windpocken | Nein | Ja | Weiss nicht |
| Mumps | Nein | Ja | Weiss nicht |
| Scharlach | Nein | Ja | Weiss nicht |

Leiden Sie an einer unten aufgeführten Erkrankung?

| | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| Diabetes mellitus Typ 1 | Nierenerkrankungen | |
| Diabetes mellitus Typ 2 | Atemwegserkrankungen | |
| Bluthochdruck | Neurologische Erkrankungen | |
| Haben Sie einen Herzinfarkt erlitten? | Gicht | |
| Schlaganfall | Erkrankungen des Verdauungstraktes | |
| Durchblutungsstörungen | Verdauungsprobleme | |
| Vorhofflimmern | Rheuma | |
| Sonstige Herzerkrankungen | Osteoporose | |
| Hirnblutungen | Krampfadern | |
| Krebserkrankungen | Epilepsie | |
| Schilddrüsenerkrankungen | Psychische Erkrankungen | |
| Lebererkrankungen | HIV/Hepatitis | |

Hier können Sie die oben genannt Erkrankungen beschreiben:

Welche anderen Krankheiten haben/hatten Sie?

Allergien und Unverträglichkeiten?

Leiden Ihre Eltern oder Geschwister an: Diabetes, Bluthochdruck, Herzkrankheiten, Thrombose, Schlaganfall oder Krebserkrankungen?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente?
(Name + Dosierung notieren)

Hatten Sie schon Operationen? Welche? Wann?

Wann war der letzte Check-Up?

| | | |
|---------------------------------|----|-------------|
| Besitzen Sie einen Impfausweis? | | |
| Nein | Ja | Weiss nicht |

Wenn ja, bringen Sie diesen zu Ihrem nächsten Termin mit. Wir überprüfen gerne Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit.

ZUSÄTZLICHE ANGABEN ZU LIFE-STYLE UND SOZIALES

Leben Sie allein, mit Partner, in Familie?

Rauchen Sie? Wieviel Zigaretten pro Tag?

Trinken Sie Alkohol? Wenig oder regelmässig?

Nehmen Sie Drogen? Welche?

Machen Sie Bewegung und Sport?

HABEN SIE AKTUELLE BESCHWERDEN - WAS IST DER GRUND DES BESUCHES?

(Bitte mit der Ärztin besprechen)

BESTEN DANK FÜR IHRE INFORMATIONEN, DIE WIR VERTRAULICH BEHANDELN.

Datum und Unterschrift:
