

ANAMNESEBOGEN



DR. MED.
MARKUS RASTER
INTERNISTISCHE HAUSARZTPRAXIS

Liebe Patientin, lieber Patient,
um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie
den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen.

Marktplatz 2
91604 Flachlanden
Tel.: 0 98 29 / 932 799-7
Fax: 0 98 29 / 932 799-6

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Telefon:	Handy:
Hausarzt:	Datum:

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?

Ja Nein

- Bluthochdruck, seit _____
- Diabetes mellitus, seit _____
- Fettstoffwechselstörungen, erhöhte Cholesterinwerte
- Herzinfarkt, am _____
- Schlaganfall, am _____
- Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit _____
- Thrombose, am _____ wo _____
- Lungenembolie, am _____
- Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis
- Schilddrüsenerkrankungen
- Magendarmerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Krebserkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- Allergien, welche _____
- Gicht

Wurden bei Ihnen Krankenhaus- oder Facharztbehandlungen bzw. Operationen vorgenommen, wenn ja, wann, warum und wo?

Jahr	Erkrankung	Behandelt in / bei (bitte Name der Klinik oder Praxis angeben)

Bitte wenden!

Sind folgende Erkrankungen in Ihrer blutsverwandten Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) aufgetreten?

Ja	Nein		Bei wem? In welchem Alter?
		Herzinfarkt	
		Koronare Herzkrankheit („Bypass-OP, Stent“)	
		Schlaganfall	
		Bluthochdruck	
		Diabetes mellitus	
		Krebs, welcher?	

Rauchen Sie?

Ja Nein

Seit wann und wie viel pro Tag? _____

Ich habe bis _____ geraucht.

Welchen Beruf üb(t)en Sie aus? _____

Trinken Sie Alkohol?

Nie Ja, regelmäßig _____ / 24 h Ja, gelegentlich _____

Ich habe früher regelmäßig Alkohol getrunken.

Welche Medikamentenunverträglichkeiten sind bekannt?

Medikament	Unverträglichkeitserscheinung	Zeitraum der Einnahme

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament	Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Nacht	Bemerkungen