

**Anamnese-Fragebogen**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Eigene Telefonnummer / E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt bzw. Überweiser: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte\*r Patient\*in,  
 Sie wurden uns zu einer fachärztlichen Untersuchung überwiesen. Dazu sind in unserem Fachgebiet umfangreiche Laboruntersuchungen notwendig (meist deutlich mehr als bei ihrem Hausarzt). Bei Erstvorstellung ist daher eine Blutentnahme und Abgabe einer Urinprobe erforderlich.

Dringend mitbringen:

- Krankenversichertenkarte, Überweisung (Privatpatienten brauchen keine Überweisung)
- Medikationsplan oder Medikamentenpackungen
- Labor-, Röntgen- und andere Befunde
- Berichte von Krankenhausaufenthalten und Fachärzten mind. aus den letzten 2 Jahren

Persönliche Angaben

Größe: \_\_\_\_\_ Meter      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Sind Sie verheiratet?       Ja    Nein

Haben Sie Kinder?       Ja    Nein    Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Sind Ihre Kinder gesund?       Ja    Nein    Welche Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?    Ja    Nein    Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_ Stck. Bis wann haben Sie geraucht ? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?    Gar nicht    Gelegentlich    Regelmäßig

Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt? \_\_\_\_\_ Rente/Pension seit \_\_\_\_\_

Aktuelle Beschwerden:

Leiden sie an folgenden Erkrankungen ?	JA	NEIN	Wenn JA, was und seit wann ?
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)			
Schilddrüsenkrankheit			
Leberkrankheit			
Nierenkrankheit			
Bluthochdruck			
Durchblutungsstörung am Herzen (KHK)			
Herzrhythmusstörungen			
Herzschwäche			
Durchblutungsstörungen (pAVK)			
Venenkrankheit / Krampfadern			
Schlaganfall			
Erhöhte Blutfettwerte / Cholesterin			
Erhöhte Harnsäurewerte / Gicht			
Lungenerkrankung / COPD, etc.			
Magen-Darm-Erkrankung			
Krebserkrankung			

**Anamnese-Fragebogen**

Hautkrankheit			
Augenerkrankung /HNO-Erkrankung			
Gelenke / Wirbelsäule			
Rheumatische Erkrankung			
Blut- oder Knochenmarkkrankheit			
Gynäkologische Erkrankung			
Nierensteine / Harnaufstau			
Prostatakrankheit			
Sonstiges / Bemerkungen			

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ?	JA	NEIN	Bitte Plan vorlegen oder eintragen
Medikamentenunverträglichkeiten	JA	NEIN	Bitte angeben
Leiden sie an Allergien ?	JA	NEIN	Bitte angeben

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?	JA	NEIN	Kreuzen Sie ggf. an
Wasseransammlung			<input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Beine
Übelkeit			
Erbrechen			
Durchfall			
Luftnot			<input type="checkbox"/> Bei Belastung <input type="checkbox"/> Im Ruhezustand
Appetit			<input type="checkbox"/> Verringert <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Vermehrt
Beschwerden beim Wasserlassen			<input type="checkbox"/> Verringert <input type="checkbox"/> Vermehrt
Juckreiz der Haut			<input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> Rücken
Häufiges Wasserlassen in der Nacht			<input type="checkbox"/> 0-1 Mal <input type="checkbox"/> 1-2 Mal <input type="checkbox"/> 2-3 Mal <input type="checkbox"/> 3-4 Mal
Belastbarkeit im Alltag			<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Verringert <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> eher gut
Wie weit ist Ihre Gehstrecke?			<input type="checkbox"/> 10 m <input type="checkbox"/> 100 m <input type="checkbox"/> 1000 m <input type="checkbox"/> über 1000 m

Sind innerhalb der Familie folgende Erkrankungen bekannt?	Verwandschaftsgrad:
Bluthochdruck	
Zuckerkrankheiten (Diabetes)	
Nierenerkrankung	
Hohes Cholesterin / Fettstoffwechselerkrankung	
Herz- und Gefäßerkrankung	

Wir danken für Ihre Angaben und weisen Sie darauf hin, dass Ihre Angaben freiwillig sind.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. mit dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten durch die Praxis stimme ich zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Das Merkblatt „Patienteninformation zum Datenschutz“ werde ich bei Aufnahme meiner Daten erhalten und ebenfalls unterschreiben.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_