



## Anamnesebogen (1/3)

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie in unsere Praxis gekommen sind.  
Um sie in allen Fragen der Gesundheit oder im Krankheitsfall optimal beraten und behandeln zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

*Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.*

Datum: .....

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Telefon: Festnetz: ..... Mobil: .....

Grösse: ..... Gewicht: .....

Allergien: .....

### Ihre Wünsche

Ich wünsche einen Check-up	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ich bitte um Überprüfung meines Impfschutzes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ich komme wegen einer akuten Erkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ich komme wegen einer chronischen Erkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Ich komme wegen .....

.....  
.....

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein (bitte Dosis und Menge angeben):

.....  
.....



## Anamnesebogen (2/3)

Name, Vorname: .....

### Berufs- und Lebenssituation

Sie sind  Schüler/Student  Hausfrau  Rentner  
 berufstätig als .....

Gibt es besondere Belastungen im täglichen (Berufs-) Leben?  ja, welche .....  
 nein

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?  nein  ja ..... %

Sie sind  ledig  verheiratet  geschieden/  
getrennt lebend  verwitwet

Haben Sie Kinder?  nein  ja Anzahl: .....

Rauchen Sie?  nein  ja Anzahl: .....

Trinken Sie Alkohol?  nein  gelegentlich  regelmäßig

Benötigen Sie ein(e)  Brille/ Kontaktlinsen  Hörgerät

Benötigen Sie sonstige Hilfsmittel? .....

Betreiben Sie Sport? .....

### Erkrankungen in der Familie ( Eltern ,Geschwister, Tanten, Onkel, Grosseltern)

Herzkrankheiten	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	bei wem? .....
Bluthochdruck	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	bei wem? .....
Schlaganfall	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	bei wem? .....
Hohes Cholesterin?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	bei wem? .....
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	bei wem? .....
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	bei wem? .....
Krebserkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	bei wem? .....
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	bei wem? .....

Sonstige .....

.....  
.....



## Anamnesebogen (3/3)

Name, Vorname: .....

### Welche Erkrankungen sind bei Dir/ Ihnen bekannt?

- |                         |                       |      |                       |    |       |
|-------------------------|-----------------------|------|-----------------------|----|-------|
| Keine                   | <input type="radio"/> |      | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Herzkrankheiten         | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Bluthochdruck           | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Schlaganfall            | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Diabetes mellitus       | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Cholesterin zu hoch     | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Gicht                   | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Lungenerkrankungen      | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Magenerkrankungen       | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Darmerkrankungen        | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Lebererkrankungen       | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Nierenerkrankungen      | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Krebserkrankungen       | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Schilddrüsenerkrankung  | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Rückenschmerzen         | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Gelenkschmerzen         | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Migräne                 | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Rheuma                  | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Anfallsleiden           | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Psychische Erkrankungen | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Hautkrankheiten         | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |
| Operationen             | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja | ..... |

Sonstige .....

### Aktuelle Beschwerden

- |                 |                       |          |                       |             |                       |             |
|-----------------|-----------------------|----------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| Durst           | <input type="radio"/> | normal   | <input type="radio"/> | vermehrt    | <input type="radio"/> | vermindert  |
| Appetit         | <input type="radio"/> | normal   | <input type="radio"/> | vermehrt    | <input type="radio"/> | vermindert  |
| Schwitzen       | <input type="radio"/> | normal   | <input type="radio"/> | vermehrt    | <input type="radio"/> | nachts      |
| Gewicht         | <input type="radio"/> | konstant | <input type="radio"/> | +.....kg    | <input type="radio"/> | - ..... kg  |
| Stuhlgang       | <input type="radio"/> | normal   | <input type="radio"/> | Durchfall   | <input type="radio"/> | Verstopfung |
| Wasserlassen    | <input type="radio"/> | normal   | <input type="radio"/> | mit Brennen | <input type="radio"/> | nachts      |
| Kopfschmerzen   | <input type="radio"/> | normal   | <input type="radio"/> | vermehrt    |                       |             |
| Schwindel       | <input type="radio"/> | normal   | <input type="radio"/> | vermehrt    |                       |             |
| Luftnot         | <input type="radio"/> | normal   | <input type="radio"/> | vermehrt    |                       |             |
| Schlafstörungen | <input type="radio"/> | nein     | <input type="radio"/> | ja          |                       |             |
| Erschöpfung     | <input type="radio"/> | nein     | <input type="radio"/> | ja          |                       |             |

**Vielen Dank!**