



Patientendaten

---

## Anamnesebogen Erwachsene und Kinder ab 12 Jahre

Liebe/r Patient\*in

ich freue mich, dass Sie zu mir in die Praxis gekommen sind. Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

**Straße, Hausnummer**

**PLZ**

**Ort**

---

**Telefon Festnetz**

**Telefon Mobil**

---

**E-Mail**

---

**Beruf**

---

**Geschlecht**

---

**Wie sind Sie versichert?**

- Privat versichert  
 Gesetzlich versichert

**Bei wem sind Sie versichert?**

---

## Vorerkrankungen

### Bluterkrankungen

- Blutarmut (Anämie)  
 Blutungsneigung (Hämophilie)  
 Thrombose

### Herzerkrankungen

- Angina pectoris  
 Herzstolpern (Arhythmie)  
 Herzschwäche (Insuffizienz)  
 Herzinfarkt

**Wann und wie viele?**

---

- Herzschrittmacher

**Wann wurde dieser eingesetzt?**

---

- Herzklappenerkrankung

### **Gefäß- und Kreislaufferkrankungen**

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- Arterienerkrankung (pAVK)
- Venen (tiefe Venenthrombose / venöse Insuffizienz)
- Ödeme (Lymphödem | Lipödem)
- Schlaganfall

### **Lungenerkrankungen**

- Asthma bronchiale
- COPD

### **Magen- / Darmerkrankungen**

- Colitis ulcerosa
- Morbus Chron

### **Erkrankungen des Nervensystems**

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Migräne

### **Erkrankungen des Nieren- / Genitaltraktes**

- Nierenerkrankung / Niereninsuffizienz
- Prostataerkrankung
- Häufige Blasenentzündungen

### **Stoffwechselerkrankungen**

- Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)  
**Welcher Typ?**
  - Typ 1
  - Typ 2
- Harnsäure (Hyperurikämie / Gicht)
- Fettstoffwechselstörung (Cholesterin / Triglyceride)
- Schilddrüsenerkrankung

### **Orthopädie**

- Bandscheibenvorfall
- Schulterschmerzen  
**Welche Seite?**
  - Rechts
  - Links
- Wirbelsäulenoperation
- Morbus Bechterew / Scheuermann
- Arthrose
- Osteoporose
- Gelenkerkrankung
- Hüftschmerzen

### **Tumorerkrankungen**

- Krebs / Metastasen

## Sonstige Erkrankungen

---

### Allergien

#### Haben Sie Allergien?

- Medikamente (z.B. Penicillin)  
Welche?
- 

- Heuschnupfen  
 Nahrungsmittel  
Welche?
- 

- Sonstige  
Welche?
- 

### Angaben bei Patientinnen

#### Haben Sie Menstruationsbeschwerden?

- Ja  
 Nein

#### Besteht aktuell eine Schwangerschaft?

- Ja  
Wann ist der Entbindungstermin ?
- 

- Nein

#### Orale Kontrazeption (Pille)?

- Ja  
 Nein

### Weitere Angaben

#### Operationen oder Unfälle?

- Ja  
Wann bzw. welche OPs?
- 

- Nein

#### Treiben Sie Sport?

- Ja  
Welche Art und wie oft?
- 

- Nein

#### Leiden Sie unter Schlafstörungen?

- Ja  
 Nein

## Medikation

Für welche Erkrankung nehmen Sie Medikamente ein?

---

**Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?**

(ASS® | Marcumar® | Pradaxa® | Eliquis® | Xarelto®)

- Ja  
 Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?

---