



# Jan Grothaus

IHR **HAUSARZT** IM BERGISCHEN

## ANAMNESEBOGEN

**Liebe Patientin, lieber Patient**

Als neue Patientin/neuer Patient heißen wir Sie in unserer Praxis herzlich willkommen!

Um Sie besser kennenzulernen und wichtige Informationen zu gewinnen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vor dem Besuch in unserer Praxis auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemand weitergegeben.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Tel.:** \_\_\_\_\_ **mobil:** \_\_\_\_\_

**WICHTIG ! Alter Hausarzt ( Adresse und Telefonnummer ):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen persönlich eine oder mehrere der folgenden der Vorerkrankungen bekannt?**

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit (Herzinfarkt/Herzrhythmusstörungen, o.ä.)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit (Typ I/II)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Magen/Darmerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Harnsäurestoffwechselstörung/Gicht	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gelenkerkrankung/Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Aids	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leberentzündung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma /Chronische Bronchitis	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden/Epilepsie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lymphologische Erkrankungen (Gewebewasserstörung)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

**Wurden bereits Operationen durchgeführt?** Nein  Ja   
**Wenn ja, welche? Wann?**

---



---



---

**Leiden Sie an einer Allergie?** Nein  Ja   
 Wenn ja, welche?

---

**Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?** Nein  Ja

**Leidet jemand aus Ihrer Familie an folgenden Erkrankungen?**

	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vater <input type="checkbox"/>	Mutter <input type="checkbox"/>	Geschwister <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vegetative Anamnese

Durst Normal  Vermehrt   
Appetit Normal  Vermehrt   
Stuhlgang Normal  Vermehrt

=> Wenn nicht normal, Durchfall?  Verstopfung?   
Wenn Durchfall, Mit Blut ?  Mit Schleim?

Wasserlassen Normal  Vermehrt   
"Brennen"  Startschwierigkeiten  Nachts öfter als 1 - 2 mal

Nachtschweiß Nein  Ja

Gewicht Konstant  Nicht konstant   
Zunahme  Abnahme  von \_\_\_\_\_ Kilogramm in \_\_\_\_\_ Monaten

**Zigaretten?** Nein  Ja  Wenn ja, wie viele am Tag? \_\_\_\_\_

**Alkohol ?** Nein  Ja   
Wenn ja, täglich?  ab und zu?

### Für Patientinnen:

**Besteht eine Schwangerschaft?** Nein  Ja

**Geburten?** Nein  Ja

Wann? \_\_\_\_\_

Antibabypille Nein  Ja

Monatsblutungen Regelmäßig Nein  Ja

Bekannte Krebserkrankung Brust/Unterleib Nein  Ja

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ **cm**      **Gewicht:** \_\_\_\_\_ **kg**

**Besitzen sie einen Impfausweis?** Nein  Ja

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

**Wann war der letzte Check-up?** \_\_\_\_\_

**Wann war die letzte Röntgenuntersuchung ?** \_\_\_\_\_

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam von Jan Grothaus