



Patienten-Anamnese-Fragebogen

(vertraulich, bitte nicht offen liegen lassen)

Liebe Patientin, lieber Patient,
um Sie bestmöglich und erfolgreich zu behandeln, benötigen wir bitte ein möglichst umfassendes Lagebild zu Ihrer Gesundheits-Situation. Bitte füllen Sie diesen Anamnese-Fragebogen daher vor Ihrer Konsultation bei der Ärztin / beim Arzt aus. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

männlich

weiblich

divers

Ihre Wohnanschrift:

Festnetznummer:

Handynummer:

Emailadresse:

Beruf:

Familienstand:

Bisheriger Hausarzt/-ärztin:

Mitbehandelnde Fachärzte/-ärztinnen:

Haben Sie Vorerkrankungen? (bitte zutreffendes unterstreichen)

Bluthochdruck	ja	nein	Tumorerkrankung	ja	nein
Herzerkrankung	ja	nein	Hauterkrankung	ja	nein
Diabetes	ja	nein	Lebererkrankung	ja	nein
Magen-/Darmerkrankung	ja	nein	Nierenerkrankung	ja	nein
Fettstoffwechselstörung	ja	nein	Rheuma	ja	nein
Schilddrüsenerkrankung	ja	nein	Lungenerkrankung	ja	nein
Psychische Erkrankung	ja	nein	Gicht	ja	nein
neurologische Erkrankung	ja	nein			
orthopädische Erkrankung	ja	nein			
Chron. Infektionserkrankung (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)	ja	nein			

Sonstige Erkrankungen bzw. Erläuterungen:



Hatten Sie Operationen? ja nein falls ja: was wurde operiert? wann?

Haben Sie Allergien?

Penicillin	ja	nein	Bienen/Wespen Gift	ja	nein
Andere Medikamente	ja	nein	Nahrungsmittel	ja	nein
Pollen	ja	nein	Tierhaare	ja	nein
Hausstaubmilben	ja	nein			

Sonstige Allergien bzw. Erläuterungen:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Medikament mit Dosierung	Aufteilung (morgens-mittags-abends-nachts)	Grund

Rauchen Sie? ja nein falls ja, wie viele Zigaretten/Tag und seit wann?

Haben Sie geraucht? ja nein falls ja, bis wann und wie viele Zigaretten/Tag?

Trinken Sie Alkohol? ja nein falls ja, welchen Alkohol und wie oft?

Familienvorgeschichte

Bluthochdruck	ja	nein	Herzinfarkt	ja	nein
Diabetes	ja	nein	Schlaganfall	ja	nein
Fettstoffwechselstör.	ja	nein	Krebs	ja	nein
Asthma	ja	nein	Depression	ja	nein

Weitere relevante Erkrankungen in der Familie:

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	ja	nein	Mumps	ja	nein
Röteln	ja	nein	Scharlach	ja	nein
Windpocken	ja	nein			

Allgemeine Fragen

Größe in cm:

Gewicht:

Gewichtsverlust ja nein falls ja: beabsichtigt ja nein
Wieviel kg in welchem Zeitraum?



Allgemeine Fragen

Appetitverlust	ja	nein	
Starkes nächtliches Schwitzen	ja	nein	
Fieber ohne Grund	ja	nein	
Probleme mit der Verdauung	ja	nein	falls ja: Durchfall? Verstopfung?
Probleme beim Wasserlassen	ja	nein	falls ja: Inkontinenz? Sonstiges?

Vorsorgeuntersuchungen:

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung?	ja, wann zuletzt?	nein
Gehen Sie zum Hautkrebsscreening?	ja, wann zuletzt?	nein

Für Frauen:

Gehen Sie regelmäßig zur Frauenärztin/Frauenarzt?	ja	nein
Behandelnder Facharzt/-ärztin:		

Für Männer:

Waren Sie bereits bei einer urologischen Vorsorgeuntersuchung?	ja	nein
Behandelnder Facharzt/-ärztin:		

Sonstiges

Gibt es eine Patientenverfügung?	ja	nein
Gibt es einen Organspendeausweis?	ja	nein

Haben Sie weitere Wünsche und Mitteilungen für uns?

Ergänzende Unterlagen:

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis zur Untersuchung mit.
Bitte bringen Sie gerne Ihre ärztlichen Vorberichte mit.

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

Herzlichen Dank!

Ihr Praxis-Team
MVZ Uckerath der HV PLUS eG
Telefon: +49 2248 909770
E-Mail: praxis@mvz-uckerath.de