



Anamnesefragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ männlich: weiblich:

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Beruf: _____

Tel.: _____

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Röteln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Windpocken	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mumps	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Scharlach	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Hatten Sie Operationen?

Blinddarm	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mandeln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstige Operationen:



Vorerkrankungen?

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Magenerkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hauterkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gicht | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| HIV/Aids | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma bronchiale/COPD | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Sonstiges:

Allergien gegen?

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Penicillin | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Aspirin (Acetylsalicylsäure) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Pollen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tierhaare | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hausstaubmilben | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsmittel | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Metalle | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |



Sonstiges:

Familienvorgeschichte

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechsel | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Krebs | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Wenn ja welche?

Sonstiges:

Raucher?

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Alkohol?

Wenn ja, wie oft? täglich ab und zu

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche

	<p align="center">Qualitätsmanagement</p> <p align="center">Anamnesefragebogen 01.08.2021</p>	<p align="center">Dr. med. C. Freye und Kollegen Praxiszentrum für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Ernährungsmedizin, Ganzheits- und Vorsorgemedizin Johannes-Daur-Str. 13 70825 Korntal-Münchingen</p>
---	--	--

Körpergröße (in cm): _____

Gewicht (in kg): _____

Ich besitze Impfschutz gegen:

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Tetanus | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Diphtherie | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Polio | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Pertussis | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Masern/Mumps/Röteln | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis A | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| FSME | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Covid-19 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

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

Datum

Unterschrift des Patienten

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Revision / vom: 01.08.2021
Erstellt am: 01.08.2021	Freigegeben am: 01.08.2021	Seite 4 von 4