



Anamnesebogen – Zentrum für Familienmedizin Herne

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen so vollständig wie möglich aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und helfen uns, Sie bestmöglich zu betreuen.

1. Persönliche Daten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

Krankenkasse:

2. Aktuelle Beschwerden

Welche Beschwerden führen Sie heute zu uns?

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

3. Vorerkrankungen

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Erkrankung	Ja	Nein	Seit wann?	Bemerkungen
Herzerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzschwäche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD, Bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nierenerkrankungen (z.B. chronische Niereninsuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Magen-Darm-Erkrankungen (z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Neurologische Erkrankungen (z.B. Migräne, Epilepsie, Schlaganfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angststörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstige Erkrankungen:				

4. Operationen

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt?

5. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Bitte auch rezeptfreie Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel angeben)

Medikament	Dosierung	Seit wann?

6. Sozialanamnese

Beruf:

Familienstand:

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein Wenn ja, wie oft und wie viel? _____

Treiben Sie Sport? Ja Nein Wenn ja, wie oft und welche Art? _____

7. Familienanamnese

**Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) Erkrankungen wie z.B.
Herzerkrankungen, Diabetes, Krebs?**

8. Impfungen

Wann wurden Sie zuletzt geimpft gegen:

Tetanus:

Diphtherie:

**Keuchhusten
(Pertussis):**

Masern, Mumps, Röteln:

Grippe (Influenza):

Datum,

Unterschrift: