



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

### 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:**