



## Anamnesebogen

**Bitte erscheinen Sie zur Untersuchung mit voller Blase!**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_  
m / w / div. \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? \_\_\_\_\_ Gewicht (Kg) \_\_\_\_\_ Größe (cm) \_\_\_\_\_  
Ja / Nein

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:**

\_\_\_\_\_  
**Datum/ Unterschrift Patient**

### Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten

Unsere Praxis benutzt ein EDV-System um Ihre Patientenakte zu führen, für die Abrechnung der einzelnen Leistungen, die Buchführung sowie auch für die Kommunikation mit Angehörigen der Gesundheitsberufe welche ggfs. im Rahmen Ihrer Versorgung eingebunden sind und mit zuständigen Behörden bei der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben. Alle im Rahmen Ihrer Versorgung erhobenen Informationen werden in Ihrer Patientenakte geführt.

Nähere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden im Sekretariat bereitgestellt.  
Diese sind in mehreren Sprachen verfügbar.

## Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

### Infektionserkrankungen:

|                        | ja / nein   | wann ? |
|------------------------|---|--------|
| Scharlach              | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____  |
| Rheumatisches Fieber   | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____  |
| Mumps                  | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____  |
| Röteln                 | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____  |
| Tuberkulose            | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____  |
| Hepatitis Type A       | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____  |
| Hepatitis Type B       | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____  |
| Hepatitis Type C       | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____  |
| Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____  |
| HIV, AIDS              | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____  |

### Andere Erkrankungen:

|  | ja / nein   |
|--|---|
| Angina pectoris, Koronare Herzkrankheit                              | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Herzrhythmusstörung  | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck  | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankungen, z.B. Asthma bronchiale                           | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Durchblutungsstörungen in den Beinen,<br>z.B. Krampfadern, Thrombose | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Durchblutungsstörungen im Kopf, z.B. Schlaganfall                    | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus  | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Erhöhte Blutfette  | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Gicht  | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Magen-Darm-Beschwerden, z.B. Sodbrennen, Geschwüre                   | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Gallenblasenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Bösartige Erkrankungen, z.B. Krebs oder Tumoren                      | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Blasenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Prostataerkrankungen   | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Harnsteinleiden  | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Nervenkrankheiten, Psychose  | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenkrankung   | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie  | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselerkrankung   | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |



**Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?**

---

---

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

---

---

**Sie bei Ihnen Allergien / Überempfindlichkeiten auf Medikamente bekannt?**

---

### **Bei Patientinnen**

**Sind Sie schwanger?**

**nein / ja**

**Nehmen Sie die Antibabypille?**

**nein / ja, welche: \_\_\_\_\_**

**Datum der letzten Periode:**

\_\_\_\_\_