

# ANAMNESE-FRAGEBOGEN



Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

## VORERKRANKUNGEN

### HERZ/KREISLAUF

Herzinfarkt	Nein	Ja	Was:	Wann:
Herzrhythmusstörungen z.B. Vorhofflimmern	Nein	Ja	Was:	Wann:
Herzschwäche	Nein	Ja	Was:	Wann:
Herzklappenerkrankung	Nein	Ja	Was:	Wann:
Bluthochdruck	Nein	Ja	Was:	Wann:
Thrombosen/Lungenembolie	Nein	Ja	Was:	Wann:
Verengung der Halsschlagadern	Nein	Ja	Was:	Wann:
Schaufensterkrankheit/pAVK	Nein	Ja	Was:	Wann:

### STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes	Nein	Ja	Was:	Wann:
Hohe Blutfettwerte	Nein	Ja	Was:	Wann:
Gicht	Nein	Ja	Was:	Wann:

### SCHILDDRÜSENERKRANKUNG (Über- oder Unterfunktion, Knoten)

Nein	Ja	Was:	Wann:
------	----	------	-------

### MAGEN/DARM

Magengeschwüre	Nein	Ja	Was:	Wann:
Gallensteine	Nein	Ja	Was:	Wann:

### NEUROL. VORERKRANKUNGEN

Schlaganfall	Nein	Ja	Was:	Wann:
Anfallsleiden	Nein	Ja	Was:	Wann:

<b>RHEUMATISCHE GRUNDERKRANKUNG</b>	Nein	Ja	Was:	Wann:
-------------------------------------	------	----	------	-------

**HATTEN SIE NOCH ANDERE ERKRANKUNGEN, DIE NICHT GENANNT WURDEN**

● \_\_\_\_\_

● \_\_\_\_\_

● \_\_\_\_\_

**LETZTE STATIONÄRE AUFENTHALTE**

(Krankenhausaufenthalte, Rehabilitation in den letzten 5 Jahren)

Bitte Befunde mitbringen!

● \_\_\_\_\_

● \_\_\_\_\_

● \_\_\_\_\_

**LETZTE BILDGEBENDE UNTERSUCHUNGEN**

(CT oder MRT Untersuchungen, Ultraschallvorbefunde etc)

Bitte Befunde mitbringen!

● \_\_\_\_\_

● \_\_\_\_\_

● \_\_\_\_\_

**MAGEN- UND DARMSPIEGELUNG IN DER VORGESCHICHTE?**

Nein      Ja      Wo:      Ergebnis:

Bitte Befunde mitbringen!

**SONSTIGE RISIKOFAKTOREN:**

**Rauchen Sie?**

Nein      Ja

wenn ja, wieviel Zigaretten pro Tag über wieviele Jahre: \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?**

Nein      Ja

wenn ja: Menge/Woche: \_\_\_\_\_

## AKTUELLE MEDIKAMENTE:

Name, Milligramm, morgens/mittags/abends

## IMPFUNGEN:

Bitte Impfpass mitbringen!

### Auszugsweise:

Covid 19	Nein	Ja	Wann:	Wie oft:
Pneumokokken	Nein	Ja	Wann:	Wie oft:
Influenza	Nein	Ja	Wann:	Wie oft:
FSME	Nein	Ja	Wann:	Wie oft:
Diphtherie/Tetanus/ Keuchhusten/(Kinderlähmung)	Nein	Ja	Wann:	Wie oft:

## ALLERGIEN:

wenn ja, welche Reaktion: Ausschlag, Schwellung, Juckreiz, Atemnot?

- Medikamentenallergien \_\_\_\_\_
- Pollen/Gräser \_\_\_\_\_
- Hausstaubmilbe \_\_\_\_\_
- Tierhaare \_\_\_\_\_
- Kontrastmittel \_\_\_\_\_
- Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

## FAMILIENANAMNESE

(familiär gehäufte Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades (Eltern, Geschwister))

Blutdruck	Nein	Ja
Diabetes	Nein	Ja
Fettstoffwechselstörungen	Nein	Ja
Herzinfarkt vor dem 60 Lebensjahr	Nein	Ja
Plötzlicher Herztod	Nein	Ja

Asthma/COPD	Nein	Ja
Rheuma	Nein	Ja
Osteoporose	Nein	Ja
Thrombosen/Lungenembolien	Nein	Ja

Krebserkrankungen: wenn ja Brust, Darm, Magen, Prostata, sonstige

Nein      Ja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SOZIALANAMNESE:**

Beruflicher Kontakt zu Schadstoffen?                      Nein      Ja

Beruflicher Kontakt zu Nutztieren? Haustiere?              Nein      Ja

**AKTUELLE BESCHWERDEN:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_