



TIM OLIVER
FLETTNER

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Anamenese-Fragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus.
Sollte Ihnen ein Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

männlich weiblich Größe (in cm): _____ Gewicht (in kg): _____

Straße: _____ Wohnort: _____

E-Mail Adresse: _____

Handy-Nr.: _____ Festnetz-Nr.: _____

HATTEN SIE FOLGENDE KINDERKRANKHEITEN?

Masern ja nein Mumps ja nein Windpocken ja nein
Röteln ja nein Scharlach ja nein

VORERKRANKUNGEN

Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Immunmangelsyndrom	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Harnsäurestoffwechselstörung (Gicht)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Tumorerkrankungen (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

HATTEN SIE OPERATIONEN?

ja nein Wenn ja, welche? Wann? _____

HABEN SIE ALLERGIEN?

ja nein Wenn ja, welche? _____

BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT?

ja nein Wenn ja, welche Woche? _____

FAMILIENANAMNESE

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Cholesterinerhöhung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KHK, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Harnsäureerhöhung (Gicht)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankungen (z.B. Steine)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lungenerkrankungen (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkr.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tumorerkrankungen (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	

RAUCHEN SIE ODER TRINKEN SIE ALKOHOL?

Rauchen ja nein Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Alkohol ja nein Wenn ja, wie oft? täglich ab und zu _____

DAUERMEDIKATION

Name	Milligramm/Hub	morgens/mittags/abends

ICH BESITZE IMPFSCHUTZ GEGEN:

Tetanus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Keuchhusten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Röteln <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diphtherie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Masern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis A <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Polio <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mumps <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis B <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

SOZIALANAMNESE

ledig verheiratet geschieden verwitwet
 alleinlebend mit Partner mit Ehemann mit Ehefrau

Kinder ja nein Junge Anzahl: _____ Geburtsjahr: _____
 Mädchen Anzahl: _____ Geburtsjahr: _____

Hauptschulabschluss Mittlere Reife Fachhochschule Abitur Universitätsabschluss

Beruf: _____

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

Freunde/Familie/Bekannte Internet Anzeige/Werbung Sonstige _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns natürlich streng vertraulich behandelt

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten

Unterschrift und Stempel der Praxis