

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,  
für unsere Kartei bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

Name, Vorname: ..... geb. am: .....

Adresse: .....

Tel.Nr.privat: ..... dienstl.: .....

Welche Berufsausbildung haben Sie?

.....

Welchen Beruf/Tätigkeit über Sie derzeit aus?

.....

### Familienstand

ledig     verheiratet     geschieden     verwitwet     Lebensgemeinschaft

### Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Masern     Mumps     Röteln

Windpocken     sonstige .....

Hatten Sie Operationen?     ja     nein

Wenn ja, welche und wann?

.....

Hatten Sie Unfälle?     ja     nein

Wenn ja, welche und wann?

.....

### Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

Diabetes     Bluthochdruck     Schlaganfall     Herzinfarkt  
 Asthma/COPD     Thrombose     Krebserkrankungen     HIV  
 Lebererkrankungen     Nierenerkrankungen     Hepatitis     Bluterkrankungen  
 Blutneigung     Krampfanfälle     Gemütskrankheiten  
 sonstige .....

**Wer ist Ihr Frauenarzt/Urologe?**

.....

**Wie viele Schwangerschaften / Geburten hatten Sie?**

.....

**Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?**

Diabetes                      Bluthochdruck                      Schlaganfall    Herzinfarkt  
Thrombose                      Krebserkrankungen    Krampfanfälle    Allergien  
sonstige .....

**Nehmen Sie Medikamente ein?**                      ja                      nein

Wenn ja, welche?

.....  
.....

**Rauchen Sie?**    ja, wie viel pro Tag?.....                      nein

**Wie oft trinken Sie Alkohol?**

nie                      selten                      häufig                      täglich

**Haben Sie Allergien?**                      ja                      nein

Wenn ja, welche? .....

**Haben Sie Kontakt zu Tieren?**                      ja                      nein

Wenn ja, zu welchen?.....

**Treiben Sie Sport?**                      ja                      nein

Wenn ja, welchen? .....

**Haben Sie einen Impfausweis?**                      ja                      nein

**Haben Sie eine Patientenverfügung?**    ja                      nein

**Wen dürfen wir im Notfall informieren?**.....

**Telefonnummer?** .....

Datum:

Unterschrift: