



Fragebogen zur medizinischen Vorgeschichte

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus.
Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse _____

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Röteln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Windpocken	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Mumps	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Scharlach	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß ich nicht <input type="checkbox"/>

Hatten Sie Operationen?

Blinddarm	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mandeln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gallenblase	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstige Operationen:

Ich besitze ein Impfbuch: ja nein

Erstellt von: Admin	Freigegeben von: SM	Geprüft von: SM
Erstellt am: 11.04.2018	Freigegeben am: 21.08.2018	Geprüft am: 21.08.2018
Version: 5	Seite 1 von 3	Letzte Änderung am: 21.08.2018



Qualitätsmanagement

FBAanamnesebogen

Praxis Dr. Mai
Im Grühlingswald 59
66299 Friedrichsthal
Tel. 06897/8016
Fax: 06897/8018

Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Harnsäurestoffwechselstörung (Gicht)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gelenk Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Aids (HIV)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leberentzündung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
psychische Erkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstiges:

Familienvorgeschichte: Sind bei näheren Angehörigen folgende Erkrankungen bekannt?

Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß ich nicht <input type="checkbox"/>
Krebs	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß ich nicht <input type="checkbox"/>

Wenn ja, welcher?

Sonstiges:

Erstellt von: Admin	Freigegeben von: SM	Geprüft von: SM
Erstellt am: 11.04.2018	Freigegeben am: 21.08.2018	Geprüft am: 21.08.2018
Version: 5	Seite 2 von 3	Letzte Änderung am: 21.08.2018



Qualitätsmanagement

FBAanamnesebogen

Praxis Dr. Mai
Im Grühlingswald 59
66299 Friedrichsthal
Tel. 06897/8016
Fax: 06897/8018

Allergien gegen?

Penicillin ja nein
Aspirin (Acetylsalicylsäure) ja nein
Blütenstaub ja nein
Tierhaare ja nein
Hausstaubmilben ja nein
Nahrungsmittel ja nein
Wenn ja, welche?

Sonstige Allergien: _____

Raucher? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Alkohol?

Wenn ja, wie oft? Nie täglich ab und zu

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

(Sollten Sie einen Medikationsplan besitzen, müssen Sie ihre Medikamente hier nicht aufschreiben)

Körpergröße (in cm): _____

Gewicht (in kg): _____

Ich trage eine Brille / Kontaktlinsen? ja nein

Wenn ja, Dioptrien: _____

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

Die Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung sowie zu Rechtsgrundlagen und Aufbewahrungsfristen habe ich erhalten und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift des Patienten

Erstellt von: Admin	Freigegeben von: SM	Geprüft von: SM
Erstellt am: 11.04.2018	Freigegeben am: 21.08.2018	Geprüft am: 21.08.2018
Version: 5	Seite 3 von 3	Letzte Änderung am: 21.08.2018