

## ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientinnen und sehr geehrte Patienten!

Willkommen in meiner Ordination! Damit ich Sie als Ihre Hausärztin bestmöglich behandeln kann, ersuche ich Sie, vorab diesen Fragebogen zu Ihrer Gesundheit auszufüllen.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vom gesamten Ordinationsteam streng vertraulich behandelt!

Ich danke für Ihre Mithilfe!

Ihre DDr. Anita Ljubovic

---

Titel \_\_\_\_\_ Geschlecht  männl.  weibl.  divers

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Versicherungsnr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Arbeitg. Adresse \_\_\_\_\_

Vertrauensperson \_\_\_\_\_

---

### Allergien/Unverträglichkeiten (Medikamente, Nahrung, Gräser, Pollen, Kontrastmittel, Jod, etc.)

NEIN  JA \_\_\_\_\_

#### Fragen zur Familie

	Eltern			Geschwister			Kinder		
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEK.

### Schwangerschaft

NEIN       JA im wievielten Monat? \_\_\_\_\_

Vorherige Geburten? \_\_\_\_\_

Aborte? \_\_\_\_\_

### Rauchen

NIE       NICHT MEHR seit wann etwa: \_\_\_\_\_

JA ca. \_\_\_\_\_ Stück/Woche, seit etwa \_\_\_\_\_ Jahren.

### Alkoholkonsum

NEIN       GELEGENTLICH

JA etwa wieviel, und wovon: \_\_\_\_\_

### Operationen? (Welche, Wann)

NEIN

JA \_\_\_\_\_

### Leiden Sie an Hypertonie? (Erhöhter Blutdruck)

NEIN

JA

### Haben/Hatten Sie eine Herzerkrankung? (Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung)

NEIN

JA \_\_\_\_\_

### Leiden Sie an Diabetes? (Zuckerkrankheit)

NEIN

JA, TYP 1 (in Kindheit/  
Jugend aufgetreten)

JA, TYP 2 (im Erwachsenenalter  
aufgetreten)

JA (in der  
Schwangerschaft)

### Haben/Hatten Sie andere Stoffwechselerkrankungen?

(Übergewicht, erhöhte Harnsäure und/oder Blutfette, Schilddrüsenerkrankung, Osteoporose)

NEIN

JA \_\_\_\_\_

### Haben/Hatten Sie Magen/Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Magengeschwür) oder Leber/Bauchspeicheldrüsenerkrankung (Fettleber, Leberzirrhose, Pankreasinsuffizienz, Pankreasentzündung)?

NEIN

JA \_\_\_\_\_

### Leiden Sie an einer Lungenerkrankung?

NEIN

JA, Asthma bronchiale     JA, chron. Bronchitis (COPD)     Ich benötige eine Sauerstofftherapie

### Haben/Hatten Sie eine Krebserkrankung?

NEIN

JA Chemo, OP, Strahlentherapie? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie jemals eine Thrombose oder Lungenembolie?**

NEIN       JA wann, Lokalisation: \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Neigung zu verlängerten Blutungen?**

(angeborene Gerinnungsstörung, blutverdünnende Medikamente)

NEIN       JA \_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen neurologische Erkrankungen bekannt, oder ist jemals ein akutes neurologisches Ereignis aufgetreten?**

NEIN                                       JA, Migräne                                       JA, Multiple Sklerose  
 JA, Epilepsie (Krampfanfälle)       JA, Schlaganfall                                       JA, Hirnblutung

**Leiden Sie an einer chronischen infektiösen Erkrankung wie HIV/Aids/Hepatitis?**

NEIN       JA \_\_\_\_\_

**Haben/Hatten Sie eine psychiatrische Erkrankung?**

(Depression, Schizophrenie, Burnout, Essstörungen)

NEIN       JA \_\_\_\_\_

**Haben/Hatten Sie eine Erkrankung der Augen oder des Gehörs?**

NEIN       JA \_\_\_\_\_

**Haben/Hatten Sie eine orthopädische Erkrankung oder Probleme mit dem Bewegungsapparat?**

NEIN       JA \_\_\_\_\_

**Haben/Hatten Sie eine urologische Erkrankung (Nierensteine, Blasenschwäche, Inkontinenz, Prostatahyperplasie, rezidivierende Harnwegsinfekte, u.ä.) oder Erkrankungen der Geschlechtsorgane?**

NEIN       JA \_\_\_\_\_

**Sonstige chronische Erkrankungen?**

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, bitte Name, Dosis, Einnahmeschema!**

NEIN       JA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben!

Datum

Unterschrift

**Etwaige Änderungen bitte immer bekannt geben!**