Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Dies hilft uns eine umfassende Anamnese zu erstellen
und die bestmögliche Behandlung für Sie zu gewährleisten. Bitte füllen Sie den Bogen leserlich aus.

1. Allgemeine Angaben

-Name

-Geburtsdatum

-Adresse

-Telefonnummer

E-Mail-Adresse

---

2. Allergien und Unverträglichkeiten

Haben Sie bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten (z. B. Medikamente, Nahrungs-
mittel, Pollen etc.)?

Nein

Ja, bitte geben Sie diese an:

---

3. Aktuelle Beschwerden und Vorerkrankungen

Haben Sie derzeit gesundheitliche Beschwerden?

Nein

Ja. Bitte beschreiben Sie diese

Haben Sie bekannte Vorerkrankungen?

Nein

Ja. Bitte geben Sie diese unter **Nr. 4** an.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja. Bitte geben Sie diese an (Name des Medikaments, Dosierung) oder bringen Sie den
Medikamentationsplan vorbei:

---

4. Vorerkrankungen

Haben oder hatten Sie Beschwerden in folgenden Bereichen?

Bitte ankreuzen und gegebenenfalls beschreiben:

Herz-Kreislaufsystem (Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, etc.)

Nein

Ja, bitte erläutern:

Atmungssystem (Asthma, chronische Bronchitis, etc.)

Nein

Ja, bitte erläutern:

Verdauungssystem (Reflux, Magen-Darm-Erkrankungen etc.)

Nein

Ja, bitte erläutern:

Nieren- und Harnwegssystem (Nierensteine, Blasenentzündungen, etc.)

Nein

Ja, bitte erläutern:

Nervensystem (Migräne, Epilepsie, Schlaganfälle, etc.)

Nein

Ja, bitte erläutern:

Bewegungsapparat (Rückenschmerzen, Gelenkerkrankungen, etc.)

Nein

Ja, bitte erläutern:

Stoffwechsel (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, etc.)

Nein

Ja, bitte erläutern:

Autoimmunerkrankungen (Rheuma, Lupus, etc.)

Nein

Ja, bitte erläutern:

Sonstige Beschwerden

Nein

Ja, bitte erläutern:

---

5. Familienanamnese

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) Vorkommnisse folgender Erkrankungen?

Bluthochdruck

Nein

Ja, bitte erläutern:

Schlaganfälle

Nein

Ja, bitte erläutern:

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Nein

Ja, bitte erläutern:

Krebserkrankungen

Nein

Ja, bitte erläutern:

---

6. Vorangegangene Krankenhausaufenthalte oder Operationen **

Hatte Sie längere Krankenhausaufenthalte oder Operationen?

Nein

Ja, bitte geben Sie Details an (Grund, Zeitraum)

---

7. Vorherige Behandlungen und Arztberichte

Bitte bringen Sie alle verfügbaren Arztberichte und Befunde von vorherigen Behandlungen mit. Dies hilft uns, Ihre Krankengeschichte vollständig zu erfassen und die weitere Therapie optimal zu gestalten.

Falls Ihr vorheriger Arzt noch relevante Akten besitzt, bitten wir Sie, uns diese zugänglich zu machen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum

Unterschrift

Dieser Fragebogen dient der Verbesserung Ihrer medizinischen Versorgung und wird vertraulich behandelt.