

| | | |
|---|---|---|
|  | <p align="center">Qualitätsmanagement</p> <p align="center">Dateiname: FBAnamnesebogenV2.doc</p> | <p align="center">Dr. med. M. Dreyer, Dr. med. J. Kerling, D. Rohde Fachärzte für Allgemeinmedizin Am Eichelberg 1 96138 Burgebrach</p> |
|---|---|---|

Anamnesefragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ männlich: weiblich:

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Beruf: _____

Tel.: _____

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

| | | | |
|------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Masern | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Röteln | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Windpocken | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Mumps | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Scharlach | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| FSME | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |

Hatten Sie Operationen?

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

| | | |
|----------------------------|--|------------------------------|
| Erstellt von: Tanja Moritz | Freigegeben von: Dr. Dreyer, Dr. Kerling, D. Rohde | Version: 2 / vom: 02.12.2015 |
| Erstellt am: 08.08.2014 | Freigegeben am: 09.08.2014 | Seite 1 von 5 |

Sonstige Operationen:

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"/> |
| Harnsäurestoffwechsel- störung (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 | 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:

Allergien gegen?

- | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Penicillin | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Aspirin (Acetylsalicylsäure) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Blütenstaub | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Tierhaare | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Hausstaubmilben | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |

| | | |
|----------------------------|---|------------------------------|
| Erstellt von: Tanja Moritz | Freigegeben von: Dr. Dreyer, Dr. Kerling, D. Rohde | Version: 2 / vom: 02.12.2015 |
| Erstellt am: 08.08.2014 | Freigegeben am: 09.08.2014 | Seite 2 von 5 |

Nahrungsmittel ja nein nicht bekannt

Wenn ja, welche?

Allergie gegen?

Kontaktstoffe (wie z. B. Metalle, Duftstoffe, Pflaster, o.ä.)

ja nein nicht bekannt

Sonstiges:

Familienvorgeschichte

Bluthochdruck ja nein
Blutzuckerkrankheit ja nein
Fettstoffwechsel ja nein
Herzinfarkt ja nein
Asthma ja nein
Krebs ja nein

Wenn ja, welcher?

Sonstiges:

Raucher?

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Alkohol?

Wenn ja, wie oft? täglich ab und zu

| | | |
|----------------------------|---|------------------------------|
| Erstellt von: Tanja Moritz | Freigegeben von: Dr. Dreyer, Dr. Kerling, D. Rohde | Version: 2 / vom: 02.12.2015 |
| Erstellt am: 08.08.2014 | Freigegeben am: 09.08.2014 | Seite 3 von 5 |

| | | |
|---|---|---|
|  | <p align="center">Qualitätsmanagement</p> <p align="center">Dateiname: FBAnamnesebogenV2.doc</p> | <p align="center">Dr. med. M. Dreyer, Dr. med. J. Kerling, D. Rohde Fachärzte für Allgemeinmedizin Am Eichelberg 1 96138 Burgebrach</p> |
|---|---|---|

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Körpergröße (in cm): _____

Gewicht (in kg): _____

Ich besitze Impfschutz gegen:

| | | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Tetanus | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Diphtherie | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Polio | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Mumps | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis A | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Röteln | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Keuchhusten | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |

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

Datum, Ort Unterschrift des Patienten Unterschrift und Stempel der Praxis

| | | |
|----------------------------|--|------------------------------|
| Erstellt von: Tanja Moritz | Freigegeben von: Dr. Dreyer, Dr. Kerling, D. Rohde | Version: 2 / vom: 02.12.2015 |
| Erstellt am: 08.08.2014 | Freigegeben am: 09.08.2014 | Seite 4 von 5 |

| | | |
|----------------------------|---|------------------------------|
| Erstellt von: Tanja Moritz | Freigegeben von: Dr. Dreyer, Dr. Kerling, D. Rohde | Version: 2 / vom: 02.12.2015 |
| Erstellt am: 08.08.2014 | Freigegeben am: 09.08.2014 | Seite 5 von 5 |