

Hausärzte am Eichelberg
Dirk Rohde
Dr. med. Christopher Geis
Dr. med. Clemens Gudden
Hausärztlich-internistische Gemeinschaftspraxis
Akademische Lehrpraxis der FAU Erlangen
Am Eichelberg 1 - 96138 Burgebrach
Telefon 0 95 46 - 60 11 - Fax 0 95 46 - 92 11 49

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.: _____

Email: _____

Körpergröße (in cm): _____

Gewicht (in kg): _____

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Röteln	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Windpocken	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Mumps	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Scharlach	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐

Hatten Sie Operationen?

Blinddarm ja ☐ nein ☐
Mandeln ja ☐ nein ☐

Sonstige Operationen:

Vorerkrankungen?

Bluthochdruck ja ☐ nein ☐
Blutzuckerkrankheit ja ☐ nein ☐
Magenerkrankung ja ☐ nein ☐
Tumorerkrankung ja ☐ nein ☐
Nierenerkrankung ja ☐ nein ☐
Hautkrankheit ja ☐ nein ☐
Fettstoffwechselstörung ja ☐ nein ☐
Harnsäurestoffwechsel-
störung (Gicht) ja ☐ nein ☐
Gelenk Rheuma ja ☐ nein ☐
Tuberkulose ja ☐ nein ☐
Aids ja ☐ nein ☐
Leberentzündung ja ☐ nein ☐
Asthma ja ☐ nein ☐
Herzkrankheit ja ☐ nein ☐
psychische Erkrankung ja ☐ nein ☐
Anfallsleiden ja ☐ nein ☐

Sonstiges:

Allergien gegen?

Penicillin ja ☐ nein ☐ nicht bekannt ☐
Aspirin (Acetylsalicylsäure) ja ☐ nein ☐ nicht bekannt ☐
sonst. Medikamente ja ☐ nein ☐ nicht bekannt ☐
Blütenstaub ja ☐ nein ☐ nicht bekannt ☐
Tierhaare ja ☐ nein ☐ nicht bekannt ☐
Hausstaubmilben ja ☐ nein ☐ nicht bekannt ☐
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 ☐ nie ☐

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Ich besitze Impfschutz gegen:

Tetanus	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Diphtherie	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Polio	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Tuberkulose	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Mumps	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Hepatitis A	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Hepatitis B	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Röteln	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Keuchhusten	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Zoster (Gürtelrose)	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Pneumokokken	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐
Covid-19	ja ☐	nein ☐	nicht bekannt ☐

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
------------	----------------------------	-------------------------------------