



ANAMNESEFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen ausfüllen.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

männlich weiblich divers

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Beruf

E-Mail

Aus welchen Gründen suchen sie unsere Praxis auf?

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Leberentzündung | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Harnsäurestoffwechselstörung (Gicht) | <input type="checkbox"/> Aids | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung |

Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Trinken Sie Alkohol? ja nein Wenn ja, wie oft? täglich ab und zu

Sind Sie Raucher? ja nein Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Tragen Sie eine Brille? ja nein Wenn ja, wieviel Dioptrien haben Sie? _____

Hatten Sie Operationen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Welche der folgenden Kinderkrankheiten hatten Sie?

Masern Windpocken Röteln Mumps

Gegen welche der folgenden Krankheiten besitzen Sie einen Impfschutz?

Tetanus Masern Mumps Keuchhusten Pneumokokken
 Diphtherie Hepatitis A Röteln Covid 19 HPV
 Polio Hepatitis B FSME Gürtelrose Pocken

Haben Sie bekannte Allergien? Nein Ja Wenn ja, gegen?

Medikamente: _____

Sonstige: _____

Welche der folgenden Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

Bluthochdruck Herzinfarkt Asthma
 Blutzuckerkrankheit Krebs Fettstoffwechselerkrankung

Sonstige: _____

Haben Sie eine Behinderung? ja nein Wenn ja, wieviel Prozent? _____

Sind Sie pflegebedürftig? ja nein Wenn ja, welcher Pflegegrad? _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht? ja nein

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben.

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten