

## Anamnesebogen Allgemein

**Liebe Patientin, lieber Patient,**  
**um Sie optimal behandeln zu können bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.**  
**Ihre Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt.**

Name, Vorname		
Geburtsdatum:		
Telefon		
Beruf		
Größe/Gewicht:		
Rauchen Sie?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Sind Sie schon einmal operiert worden?	Jahr:	
Op.:		
Haben Sie Vorerkrankungen?		
Bluthochdruck	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Diabetes mellitus	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Herzerkrankung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Magenerkrankung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Nierenerkrankung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Lebererkrankung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Lungenerkrankung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
hohes Cholesterin	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Gelenk-Rheuma	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Psychische Erkrankung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Schlaganfall	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Sonstiges:		

<b>Sind bei Ihnen Allergien bekannt?</b>			
	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Penicillin	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Antibiotika	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Acetylsalicylsäure (Aspirin)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Kontrastmittel	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Nahrungsmittel	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Wenn ja, welche?			
Sonstiges			
<b>Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt, z.B.</b>			
Herzinfarkt	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Diabetes mellitus	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Krebserkrankung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Wenn ja, welche?			
<b>Haben Sie Impfschutz gegen:</b>			
Tetanus	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Diphtherie	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Polio	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Pertussis (Keuchhusten)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Mumps/Masern	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Hepatitis A	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Hepatitis B	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
Röteln	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Weiß nicht <input type="radio"/>
<b>Sind Sie bei weiteren Ärzten in Behandlung</b>			
Wenn ja, bei welchen?			
<b>Wann wurde bei Ihnen die letzte Gesundheitsuntersuchung durchgeführt? (Check-up 35)</b>			

**Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.**

**Ihr Praxisteam  
Gemeinschaftspraxis Galatea-Anlage**