

	Qualitätsmanagement Dateiname: Anamnesebogen.doc	Dr. med. Eva Keil Fachärztin für Innere Medizin Hausärztliche Versorgung Grenzbergweg 12 12589 Berlin
---	---	---

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: ☐ divers: ☐

Tel.: _____

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Beruf: _____

Körpergröße (in cm): _____ Gewicht(in kg): _____

Pflegegrad: _____ Schwerbeschädigtengrad: _____

Einverständnis Mitgabe:

Sollten Sie aus persönlichen Gründen verhindert sein, wünschen es aber dennoch, dass wir Rezepte oder Befunde an Angehörige/Nachbarn etc. ausgeben, nennen Sie diese bitte namentlich.

Name/Anschrift/Verhältnis

Name/Anschrift/Verhältnis

Erstellt von: J.Bigalke / S. Kruse	Freigegeben von: Dr. med. Eva Keil	Version 1
Erstellt am: 24.02.2023	Freigegeben am: 25.04.2023	Seite 1 von 4

	Qualitätsmanagement Dateiname: Anamnesebogen.doc	Dr. med. Eva Keil Fachärztin für Innere Medizin Hausärztliche Versorgung Grenzbergweg 12 12589 Berlin
---	---	---

Hatten Sie folgende Krankheiten?

Masern	ja ☐	nein ☐
Röteln	ja ☐	nein ☐
Windpocken	ja ☐	nein ☐
Mumps	ja ☐	nein ☐
Covid-19	ja ☐	nein ☐

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche ?

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 ☐
Rheuma	ja ☐	nein ☐
Tuberkulose	ja ☐	nein ☐
Aids	ja ☐	nein ☐
Leberentzündung(Hepatitis)	ja ☐	nein ☐
Asthma	ja ☐	nein ☐
Herzkrankheit	ja ☐	nein ☐
Psychische Erkrankung	ja ☐	nein ☐
Anfallsleiden	ja ☐	nein ☐

Sonstige Erkrankungen:

Allergien gegen?

Penicillin	ja ☐	nein ☐
Aspirin (Acetylsalicylsäure)	ja ☐	nein ☐
Blütenstaub	ja ☐	nein ☐
Tierhaare	ja ☐	nein ☐
Hausstaubmilben	ja ☐	nein ☐
Nahrungsmittel	ja ☐	nein ☐

Sonstige Allergien:

Familienvorgeschichte

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

Krebs wenn ja, welcher?

Sonstige Erkrankungen in der Familienvorgeschichte:

Raucher?

Ja ☐ Nein ☐

Alkohol?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wie oft? täglich ☐ ab und zu ☐

Nutzen Sie Hilfsmittel ?

Brille ☐

Rollstuhl ☐

Rollator ☐

Gehhilfen ☐

Hörgeräte ☐

Sonstiges: _____

	Qualitätsmanagement Dateiname: Anamnesebogen.doc	Dr. med. Eva Keil Fachärztin für Innere Medizin Hausärztliche Versorgung Grenzbergweg 12 12589 Berlin
---	---	---

Medikament:	Einnahme:

Ich besitze Impfschutz gegen:

Tetanus	ja ☐	nein ☐
Diphtherie	ja ☐	nein ☐
Polio	ja ☐	nein ☐
Pertussis	ja ☐	nein ☐
Covid – 19	ja ☐	nein ☐
Mumps	ja ☐	nein ☐
Masern	ja ☐	nein ☐
Röteln	ja ☐	nein ☐
Pneumokokken	ja ☐	nein ☐
Hepatitis A	ja ☐	nein ☐
Hepatitis B	ja ☐	nein ☐

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