

# Anamnesefragebogen

Datum \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,

Willkommen in unserer Praxis. Um einen möglichst umfassenden Überblick über Ihren Gesundheitszustand zu erlangen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vor Ihrem ersten Besuch bei Frau Dr. Langosch-Sinz auszufüllen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Hatten/Haben Sie folgende

Operationen?	Blinddarm	nein	ja
	Mandeln	nein	ja
	Sonstige	_____	_____
		_____	_____

Vorerkrankungen:	Bluthochdruck	nein	ja
	Blutzuckerkrankheit	nein	ja
	Fettstoffwechselstörung	nein	ja
	Lungenerkrankung	nein	ja
	Herzerkrankung	nein	ja
	Magenerkrankung	nein	ja
	Lebererkrankung	nein	ja
	Nierenerkrankung	nein	ja
	Gelenkerkrankung	nein	ja
	Hauterkrankung	nein	ja
	Psychische Erkrankung	nein	ja
	Anfallsleiden	nein	ja
	Chronische Infekte	nein	ja
Tumorerkrankungen	nein	ja, wenn ja, welcher:	

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergien gegen?	Medikamente	nein	ja
	Blütenstaub	nein	ja
	Tierhaare	nein	ja
	Hausstaubmilben	nein	ja
	Nahrungsmittel	nein	ja

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Familien-  
vorgeschichte:**

Bluthochdruck	nein	ja
Blutzuckerkrankheit	nein	ja
Fettstoffwechselstörung	nein	ja
Herzinfarkt	nein	ja
Schlaganfall	nein	ja
Asthma	nein	ja
Tumorerkrankung	nein	ja, wenn ja, welcher? Bei wem?

---

---

---

**Bei Patientinnen:**

Schwangerschaften	nein	ja
Geburten	nein	ja, Anzahl:
Antibabypille	nein	ja
Monatsblutungen	nein	ja
	regelmäßig	nein ja
	schmerzhaft	nein ja
letzte gynäkologische Untersuchung:	_____	

**Konsum von:**

Zigaretten	nein	ja, wenn ja wie viele/Tag? _____
Alkohol	nein täglich	ja ab und zu

**regelmäßige Medikamenteneinnahme:**

nein	ja, wenn ja, welche?
------	-------------------------

---

---

---

---

---

---

**Impfungen?**

bringen Sie bitte Ihr Impfbuch mit

**Wir danken Ihnen für Ihre Mühe!**