

Anamnese | Fragebogen zur Krankengeschichte

Liebe Patientin, lieber Patient,
dieser Fragebogen hilft uns, Ihre Krankengeschichte besser zu verstehen. Bitte füllen Sie ihn sorgfältig aus. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Informationen zum Datenschutz finden Sie in unserer Patienteninformation. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Alle Angaben sind freiwillig. Der Bogen ersetzt nicht das persönliche Gespräch!

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Familienstand: _____

Erlerner Beruf: _____ Ausgeübter Beruf: _____

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

☐ Nein ☐ Ja – Welche: _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? ☐ Nein ☐ Ja, seit: _____ ☐ Ich habe Interesse an einer PV

Liegt ein Pflegegrad vor? ☐ Nein ☐ Ja – welcher? _____

Bisherige oder bestehende Erkrankungen

Bitte Zutreffendes ankreuzen und, wenn möglich, das Jahr der Diagnose ergänzen.

	Erkrankung	Seit wann?
☐	Diabetes	
☐	Asthma / COPD	
☐	Bluthochdruck	
☐	Herzerkrankungen	
☐	Lebererkrankungen / Gelbsucht	
☐	Schlaganfall	

☐	Thrombose / Embolie	
☐	Blutungsneigung	
☐	Neurologische Erkrankungen (z.B. Demenz, Parkinson)	
☐	Nierenerkrankungen	
☐	Psychische Erkrankungen	
☐	Krebserkrankungen	
☐	Bluterkrankungen	
☐	Rheuma	
☐	Hauterkrankungen	
☐	Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose)	
☐	Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, HIV)	
☐	Sonstiges:	

Weitere Angaben

Gab es Operationen oder Unfälle? ☐ Nein ☐ Ja – Was und Wann?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Windpocken ☐ Sonstige: _____

Gab es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen? (Mehrfachnennung möglich)

☐ Diabetes ☐ Schlaganfall ☐ Herzerkrankungen ☐ Thrombose / Embolie

☐ Krebs ☐ Demenz ☐ Sonstige: _____

Rauchen Sie?

☐ Nein, nie ☐ Nicht mehr seit _____ ☐ Ja – Seit wann? _____ Wie viel/Tag? _____

Trinken Sie Alkohol?

☐ Nein, nie ☐ Ja – Was? _____ Wie oft? _____

Einnahme von Medikamenten

Bitte tragen Sie hier Ihre regelmäßig oder gelegentlich eingenommenen Medikamente, Sprays oder Nahrungsergänzungsmittel ein und kreuzen Sie die Häufigkeit der Einnahme an.

Medikament / Präparat

Einnahmehäufigkeit

	☐ selten ☐ nach Bedarf ☐ regelmäßig ☐ täglich
	☐ selten ☐ nach Bedarf ☐ regelmäßig ☐ täglich
	☐ selten ☐ nach Bedarf ☐ regelmäßig ☐ täglich
	☐ selten ☐ nach Bedarf ☐ regelmäßig ☐ täglich
	☐ selten ☐ nach Bedarf ☐ regelmäßig ☐ täglich
	☐ selten ☐ nach Bedarf ☐ regelmäßig ☐ täglich
	☐ selten ☐ nach Bedarf ☐ regelmäßig ☐ täglich
	☐ selten ☐ nach Bedarf ☐ regelmäßig ☐ täglich

Behandelnde Fachärzt:innen

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Notfallkontakt

Wen dürfen wir im Notfall informieren?

Name: _____

Telefonnummer: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____