

 <p>Fachärzte für Allgemeinmedizin</p>	<p><b>Qualitätsmanagement</b></p> <p>Dateiname: FBAnamnesebogen 2.doc</p>	<p>Niels Gehrman &amp; Kollegen Im Fliegerhorst 13 38642 Goslar</p>
---	---	---

## Formblatt 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:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Röteln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Windpocken	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mumps	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Scharlach	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Version: 1 / vom: TT.MM.JJ
Erstellt am:	Freigegeben am:	Seite 1 von 4

 <p>Fachärzte für Allgemeinmedizin</p>	<p align="center"><b>Qualitätsmanagement</b></p> <p align="center">Dateiname: FBAnamnesebogen 2.doc</p>	<p align="center">Niels Gehrman &amp; Kollegen Im Fliegerhorst 13 38642 Goslar</p>
---	---	--

**Hatten Sie Operationen?**

Blinddarm                    ja     nein

Mandeln                    ja     nein

**Sonstige Operationen:**

---



---

**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

Gelenk Rheuma            ja     nein

Tuberkulose                ja     nein

Aids                         ja     nein

Leberentzündung        ja     nein

Asthma                      ja     nein

Herzkrankheit            ja     nein

psychische Erkrankung ja     nein

Anfallsleiden             ja     nein

**Sonstiges:**

---



---

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Version: 1 / vom: TT.MM.JJ
Erstellt am:	Freigegeben am:	Seite 2 von 4

**Allergien gegen?**

- |                              |                             |                               |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Penicillin                   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Aspirin (Acetylsalicylsäure) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Blütenstaub                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tierhaare                    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hausstaubmilben              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsmittel               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Metalle                      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche?

---

**Familienvorgeschichte**

- |                     |                             |                               |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck       | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechsel    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Krebs               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Sonstiges:

---



---

**Raucher?**

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

**Alkohol?**

Wenn ja, wie oft? täglich  ab und zu

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja  nein

Wenn ja, welche?

---



---

 <p>Fachärzte für Allgemeinmedizin</p>	<p><b>Qualitätsmanagement</b></p> <p>Dateiname: FBAnamnesebogen 2.doc</p>	<p>Niels Gehrman &amp; Kollegen Im Fliegerhorst 13 38642 Goslar</p>
---	---	---

Körpergröße (in cm): \_\_\_\_\_

Gewicht (in kg): \_\_\_\_\_

**Ich besitze Impfschutz gegen:**

Tetanus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Diphtherie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Polio	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mumps	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis A	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Röteln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Corona	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

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

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Version: 1 / vom: TT.MM.JJ
Erstellt am:	Freigegeben am:	Seite 4 von 4