

 <p>Fachärzte für Allgemeinmedizin</p>	<p>Qualitätsmanagement</p> <p>Dateiname: FBAnamnesebogen 08.11.2022.doc</p>	<p>Niels Gehrman & 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: _____

Krankenkasse: _____

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: 02.01.23
Erstellt am: 02.01.2023	Freigegeben am: 03.01.2023	Seite 1 von 4

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:

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>Qualitätsmanagement</p> <p>Dateiname: FBAnamnesebogen 08.11.2022.doc</p>	<p>Niels Gehrman & 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: 02.01.23
Erstellt am: 02.01.2023	Freigegeben am: 03.01.2023	Seite 4 von 4