



## ANAMNESEFRAGEBOGEN

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus.  
Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Stationäre Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

## VORERKRANKUNGEN

- |                                      |                             |                               |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Magenerkrankung                      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung                      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung                     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hautkrankheit                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Harnsäurestoffwechselstörung (Gicht) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gelenk Rheuma                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose                          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Aids (HIV)                           | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Leberentzündung (Hepatitis)          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma                               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankheit                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| psychische Erkrankung                | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüse                          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Sonstiges:

\_\_\_\_\_

## VOROPERATIONEN

ja  nein

Welche:

\_\_\_\_\_

# ANAMNESEFRAGEBOGEN

## Allergien gegen?

Penicillin	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Aspirin (Acetylsalicylsäure)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kontrastmittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	

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

**Raucher?** ja  nein

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

**Alkohol?** ja  nein

Wenn ja, wie oft? täglich  ab und zu

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Bitte erinnern Sie mich an folgende Termine (ab 45 Jahren):

Früherkennungsuntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden

jährliche urologische Komplettvorsorge (IGEL)

jährliche Tumornachsorge / Laborkontrolle

## auf folgendem Wege:

Brief  E-Mail  Telefon

Hiermit stimme ich zu, dass mich mein Arzt an die oben aufgeführten Untersuchungen erinnert. Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Patient/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt.

Ihr UZL Team