



ANAMNESEFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Körpergröße (in cm): \_\_\_\_\_ Körpergewicht (in kg): \_\_\_\_\_

VORERKRANKUNGEN

- Bluthochdruck ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Blutzuckerkrankheit (Diabetes) ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Magenerkrankung ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Tumorerkrankung (Welche?) ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Nierenerkrankung ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Hautkrankheit ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Fettstoffwechselstörung ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Harnsäurestoffwechselstörung (Gicht) ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Gelenk Rheuma ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Tuberkulose ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Aids (HIV) ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Leberentzündung (Hepatitis) ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Asthma ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Herzkrankheit ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
psychische Erkrankung ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Anfallsleiden ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Schilddrüse ja [ ] nein [ ] \_\_\_\_\_
Sonstiges: \_\_\_\_\_

VOROPERATIONEN

ja [ ] nein [ ]

Welche / wann:

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

# ANAMNESEFRAGEBOGEN

## Allergien gegen?

nicht bekannt  
Penicillin ja  nein   
Aspirin (Acetylsalicylsäure) ja  nein   
Kontrastmittel ja  nein

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

**Raucher?**  ja  nein \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag \_\_\_\_\_ Jahre

**Alkohol?**  ja  nein Menge/Art: \_\_\_\_\_

**Corona/Covid-19-Impfung?**  ja  nein Wie oft: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

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

Welche (Dosis)? \_\_\_\_\_

oder aktueller Medikamentenplan (bitte bereit halten)

## Sind Sie mit einer Erinnerung an folgende Termine einverstanden?

bestehende Termine (Bestätigung, Erinnerung, Verzögerung, Verschiebung, Absage) ja  nein

Früherkennungsuntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden (nur für Männer ab 45 Jahren) ja  nein

jährliche urologische Komplettvorsorge (IGeL) ja  nein

Tumornachsorge ja  nein

## per:

E-Mail  Telefon

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