



Anamnese Fragebogen

Name: _____ **Geb.-Datum:** _____
 Telefon: _____ Mobiltelefon: _____
 Beruf/Arbeitgeber: _____ E-Mail-Adresse: _____
 Hausarzt: _____

Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen möglichst sorgfältig und genau zu beantworten. Sie helfen uns dadurch besser auf Ihre Beschwerden eingehen zu können und ermöglichen uns eventuellen Risiken bei der Behandlung vorzubeugen. Alle Angaben sind freiwillig und werden selbstverständlich von uns streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vorerkrankungen			Infektiöse Erkrankungen		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	AIDS/ HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler oder –OP	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Allergien bzw. Unverträglichkeiten		
Asthma / COPD	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lokalanästhesie/ Spritzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes („Zuckerkrankheit“)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Soja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Metalle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Latex	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bauchoperationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche:		
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welcher Monat		
Krebserkrankungen in der Familie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche		
Frühere Endoskopien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann/ wo		
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?					
Gab es früher einmal Probleme bei Operationen oder Narkosen?	Wenn ja, wann/wie/wo				
Bestand oder besteht bei Ihnen eine Krebserkrankung?	Wenn ja, wann/wo				

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen auch Seite 2 des Fragebogens aus

Seite 2 des Anamnesebogens von:.....

Körpergröße:cm

Körpergewicht:kg

Ich leide unter			Weitere Beschwerden		
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herz/ Kreislauf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blähungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Atemwege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durchfällen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verstopfung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schnarchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stuhlnormregelmäßigkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie viel?		
Trinken Sie Alkohol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, was und wie viel?		
Auslandsaufenthalte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wo? Tropenaufenthalte?		
Ich bin beschwerdefrei	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden mit Ihren eigenen Worten

Wann haben diese Beschwerden begonnen?

Können Sie die Beschwerden beeinflussen, z.B. Essen oder Fasten etc.

Glauben Sie zu wissen, woher die Beschwerden kommen könnten?

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert werden. Mit dem Berichtversand per FAX oder Email bin ich einverstanden (nicht zutreffendes bitte streichen)
Ausführliche Informationen zum Datenschutz und zur Verarbeitung der Daten finden Sie auf unserer Internetseite.

Wesel, den.....

Unterschrift:.....