



## Fragebogen zur medizinischen Vorgeschichte

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

|            |                             |                               |   |
|------------|-----------------------------|-------------------------------|---|
| Masern     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | weiß ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Röteln     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | weiß ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Windpocken | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | weiß ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Mumps      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | weiß ich nicht <input type="checkbox"/> |
| Scharlach  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | weiß ich nicht <input type="checkbox"/> |

### Hatten Sie Operationen?

|             |                             |                               |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Blinddarm   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Mandeln     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gallenblase | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

### Sonstige Operationen:

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

Ich besitze ein Impfbuch: ja  nein

|                         |                            |                                |
|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Erstellt von: Admin     | Freigegeben von: SM        | Geprüft von: SM                |
| Erstellt am: 11.04.2018 | Freigegeben am: 21.08.2018 | Geprüft am: 21.08.2018         |
| Version: 5              | Seite 1 von 3              | Letzte Änderung am: 21.08.2018 |



## Qualitätsmanagement

FBAanamnesebogen

Praxis Dr. Mai  
Im Grühlingswald 59  
66299 Friedrichsthal  
Tel. 06897/8016  
Fax: 06897/8018

### 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                      | 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"/> |

Sonstiges:

---

---

### Familienvorgeschichte: Sind bei näheren Angehörigen folgende Erkrankungen bekannt?

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

Wenn ja, welcher?

---

---

Sonstiges:

---

---

|                         |                            |                                |
|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Erstellt von: Admin     | Freigegeben von: SM        | Geprüft von: SM                |
| Erstellt am: 11.04.2018 | Freigegeben am: 21.08.2018 | Geprüft am: 21.08.2018         |
| Version: 5              | Seite 2 von 3              | Letzte Änderung am: 21.08.2018 |



## Qualitätsmanagement

FBAanamnesebogen

Praxis Dr. Mai  
Im Grühlingswald 59  
66299 Friedrichsthal  
Tel. 06897/8016  
Fax: 06897/8018

### Allergien gegen?

Penicillin ja  nein   
Aspirin (Acetylsalicylsäure) ja  nein   
Blütenstaub ja  nein   
Tierhaare ja  nein   
Hausstaubmilben ja  nein   
Nahrungsmittel ja  nein   
Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Sonstige Allergien: \_\_\_\_\_

**Raucher?** ja  nein

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

### Alkohol?

Wenn ja, wie oft? Nie  täglich  ab und zu

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

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

(Sollten Sie einen Medikationsplan besitzen, müssen Sie ihre Medikamente hier nicht aufschreiben)

Körpergröße (in cm): \_\_\_\_\_

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

**Ich trage eine Brille / Kontaktlinsen?** ja  nein

Wenn ja, Dioptrien: \_\_\_\_\_

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

**Die Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung sowie zu Rechtsgrundlagen und Aufbewahrungsfristen habe ich erhalten und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Datum

Unterschrift des Patienten

|                         |                            |                                |
|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Erstellt von: Admin     | Freigegeben von: SM        | Geprüft von: SM                |
| Erstellt am: 11.04.2018 | Freigegeben am: 21.08.2018 | Geprüft am: 21.08.2018         |
| Version: 5              | Seite 3 von 3              | Letzte Änderung am: 21.08.2018 |