

# ANAMNESEBOGEN

## Innere Medizin



**Sehr geehrte Patienten,**  
herzlich willkommen im MVZ Arberland.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

\_\_\_\_\_  
Name | Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

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

\_\_\_\_\_  
Hausarzt (Name | Ort)

\_\_\_\_\_  
Fachärztliche Betreuung in den letzten 3 Jahren bei

Letzte Laboruntersuchung erfolgte am: \_\_\_\_\_ Laborbefunde bitte vorlegen!

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst sorgfältig, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können!

### Ihre Beschwerden oder Ihr Anliegen, weswegen Sie in unsere Praxis kommen:

- Akut wegen...  Jährliche Kontrolle wegen...  Kurzfristige Vorstellung wegen...

\_\_\_\_\_

**Appetit:**  normal  schlecht  Appetitlosigkeit seit: \_\_\_\_\_

**Verdauung:**  gut  Blähungen  Übelkeit  Bauchschmerzen  \_\_\_\_\_

**Stuhlgang:**  regelm.  Durchfall  Verstopfung  Stuhlnregelmäßigkeit  \_\_\_\_\_

**Wasserlassen:**  normal  unfreiwilliger Harnverlust  Schmerzen/Brennen  häufig

Wenn häufig: Wieviel Liter trinken Sie ungefähr in 24 Stunden: \_\_\_\_\_

Wie häufig müssen Sie dann etwa Wasserlassen? tagsüber \_\_\_\_\_ mal, nachts \_\_\_\_\_ mal

**Schlaf:**  gut  schlecht, wie oft wachen Sie auf? \_\_\_\_\_

**Schnarchen:**  nein  ja, Abklärung erfolgt: \_\_\_\_\_ Atemaussetzer?  nein  ja, Schlafmaske? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  nein  ja, wieviel? \_\_\_\_\_ Nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

# ANAMNESEBOGEN

## Innere Medizin

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein Wenn ja, wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_  
Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?  Ja  Nein Wenn ja, was? \_\_\_\_\_  
Trinken Sie Kaffee?  Ja  Nein Wenn ja, wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_  
Trinken Sie Energy-Drinks?  Ja  Nein Wenn ja, wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  Ja  Nein  
- Gegen Medikamente?  Ja  Nein Welche? \_\_\_\_\_  
- Andere Allergien:  Ja  Nein Welche? \_\_\_\_\_

**Körpergewicht in kg:** \_\_\_\_\_ **Körpergröße in cm:** \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen?  Ja  Nein Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_  
Wie war Ihr zuletzt gemessener Blutdruck? \_\_\_\_\_  
Blutdrucktabelle vorhanden?  Ja  Nein

### Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck  Ja  Nein  
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt  Ja  Nein  
Herzerkrankungen  Ja  Nein  
Schlaganfall  Ja  Nein  
Durchblutungsstörungen der Beine  Ja  Nein  
Beinödeme  Ja  Nein  
Zuckerkrankheit/Diabetes  Ja  Nein  
Feststoffwechselstörungen  Ja  Nein  
Tumorerkrankungen  Ja  Nein  
Lebererkrankungen  Ja  Nein  
Chronische Infektionskrankheiten  Ja  Nein  
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen  Ja  Nein  
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)  Ja  Nein  
Thrombose oder Lungenembolie  Ja  Nein  
Augenerkrankungen  Ja  Nein  
Psychische Erkrankungen  Ja  Nein  
Seelische Situation  stabil  unausgeglichen  \_\_\_\_\_  
Krampfleiden/neurolog. Erkrankung  Ja  Nein  
Operationen/Unfälle  Ja  Nein  
Sonstiges \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- nein  ja, nennen Sie uns Ihre Medikamente

Medikamenten-Name	Dosierung früh-mittags-abends

### Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

- Herzkatheter  Ja  Nein Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- Darmspiegelung  Ja  Nein Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- Magenspiegelung  Ja  Nein Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

### Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

- Bluthochdruck  Ja  Nein
- Herzerkrankungen  Ja  Nein
- Schlaganfall  Ja  Nein
- Durchblutungsstörungen der Beine  Ja  Nein
- Zuckererkrankung/Diabetes mellitus  Ja  Nein
- Tumorerkrankungen  Ja  Nein
- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen  Ja  Nein
- Thrombose oder Lungenembolie  Ja  Nein

### Sozialanamnese

- Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  \_\_\_\_\_
- Kinder: \_\_\_\_\_
- gemeinsames Sorgerecht  alleiniges Sorgerecht  Vater  Mutter

Sport: (was und wie oft?) \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

**Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Medikamentenplan, einen gültigen Überweisungsschein sowie alle Ihre Befunde (Labor, EKG, Entlassungsbriefe) mit.**

Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift