

## ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrer Konsultation bei Fr. Dr. Raked aus.  
Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen  
gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ beschäftigt bei: \_\_\_\_\_

Tel. (privat): \_\_\_\_\_ Tel. (geschäftlich): \_\_\_\_\_

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

### Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Röteln	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Windpocken	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Mumps	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Scharlach	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

### Operationen?

Blinddarm	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Mandeln	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

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

### Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Harnsäurestoff- wechselstörung, Gicht	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Aids	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Leberentzündung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Asthma	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

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

**Allergien gegen?**

Penicillin	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
<u>andere Antibiotika</u>				
Aspirin-Acetylsalicylsäure	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Blütenstaub	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Tierhaare	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Hausstaubmilben	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittel*	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
*Wenn ja ,welche?	_____			
Metalle	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

**Sonstiges:**


---



---

**Familienvorgeschichte**

Bluthochdruck	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Asthma	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Krebs	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

**Sonstiges:**

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

---

**Vegetative Anamnese**

Durst	Normal	<input type="checkbox"/>	Vermehrt	<input type="checkbox"/>
Appetit	Normal	<input type="checkbox"/>	Vermehrt	<input type="checkbox"/>
Stuhlgang	Normal	<input type="checkbox"/>	Vermehrt	<input type="checkbox"/>
*Wenn nicht normal	Durchfall	<input type="checkbox"/>	Verstopfung	<input type="checkbox"/>
*Wenn Durchfall,	Mit Blut	<input type="checkbox"/>	Mit Schleim	<input type="checkbox"/>
Wie oft am Tag?	_____		Wann?	_____

Wasserlassen	Normal	<input type="checkbox"/>	Vermehrt	<input type="checkbox"/>
*Wenn nicht normal,	"Brennen"	<input type="checkbox"/>	"Startschwierigkeiten"	<input type="checkbox"/>
	Nachts öfter als 1 - 2mal	<input type="checkbox"/>		

Gewicht	Konstant	<input type="checkbox"/>	Nicht konstant	<input type="checkbox"/>
	Zunahme	<input type="checkbox"/>	Abnahme	<input type="checkbox"/>
	_____ Kilogramm in		_____ Monaten	

**Alkohol**

\*Wenn ja,

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Täglich	<input type="checkbox"/>	Ab und zu	<input type="checkbox"/>
*Was?	_____		
*Wieviel	_____		

**Rauchen Sie?**

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
*Wieviel	_____		

**Bei Patientinnen:**

<b>Schwangerschaften</b>		Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
<b>Geburten</b>		Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
<b>Antibabypille</b>		Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
<b>Monatsblutungen</b>	Regelmäßig	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Schmerzhaft	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

**Alle Patienten:**

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**      Nein            Ja     

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

**Körpergröße (in cm)** \_\_\_\_\_ **Gewicht(in kg)** \_\_\_\_\_

**Ich besitze Impfschutz gegen**

Tetanus	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Polio	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
BCG-Tuberkulose	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Mumps	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Röteln	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

**Ich trage Brille/Kontaktlinsen**

Nein            Ja     

\*Wenn ja, Dioptrin \_\_\_\_\_

**Wann war der letzte Chek-up**

\*mit welchem Ergebnis und wo gemacht \_\_\_\_\_

**Letzte Röntgenuntersuchung war wann?**      Herz und Lunge      \_\_\_\_\_  
Magen      \_\_\_\_\_

**Frischen Sie meine Impfungen auf:**      Nein            Ja     

**Ich lege besonderen Wert auf :** \_\_\_\_\_

Ich bin versichert bei: \_\_\_\_\_

**Uns interessiert es, wie sie zu uns kamen**

durch Empfehlung von: \_\_\_\_\_  
Telefonbuch       \_\_\_\_\_  
Sonstiges      \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, daß von mir gewünschte ärztliche Leistung auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

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