



ANAMNESEFRAGEBOGEN FÜR ERWACHSENE UND JUGENDLICHE ÜBER 12 JAHRE

DAMIT SIE / IHR KIND EINE OPTIMALE BEHANDLUNG BEKOMMEN UND MIT DER ANAMNESE NICHT UNNÖTIG VIEL ZEIT VERLOREN GEHT, IST ES VON VORTEIL, SO VIEL WIE MÖGLICH AN INFORMATIONEN ÜBER SIE UND IHR KIND SCHON VORAB ZU ERHALTEN. SOLLTEN SIE EINIGE FRAGEN NICHT BEANTWORTEN KÖNNEN, IST DIES KEIN PROBLEM. AM TERMIN SELBST FINDET SELBSTVERSTÄNDLICH EIN PERSÖNLICHES GESPRÄCH STATT, IN DEM ALLE OFFENEN FRAGEN IHRER- UND MEINERSEITS GEKLÄRT WERDEN KÖNNEN.

ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PERSON

NAME: _____ VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

ANSCHRIFT:

TEL.: _____ HANDY: _____ E-MAIL: _____

BERUF: _____

ALLGEMEINE ANGABEN ZU DEN GESETZLICHEN VERTRETERN BEI MINDERJÄHRIGEN

MUTTER:

NAME: _____ VORNAME: _____

ANSCHRIFT (FALLS ABWEICHEND):

TEL.: _____ HANDY: _____ E-MAIL: _____

BERUF: _____

VATER:

NAME: _____ VORNAME: _____

ANSCHRIFT (FALLS ABWEICHEND):

TEL.: _____ HANDY: _____ E-MAIL: _____

BERUF: _____

NAME UND ANSCHRIFT DES HAUSARZTES:



ZUR PERSON:

FÜR WELCHE BESCHWERDEN WÜNSCHEN SIE EINE BEHANDLUNG UND SEIT WANN BESTEHEN DIESE?

GIBT ES NOCH ANDERE AKTUELLE BESCHWERDEN?

KÖNNEN SIE SICH AN EINEN AUSLÖSER FÜR IHRE BESCHWERDEN ERINNERN?

AKTUELLES KÖRPERGEWICHT: _____ KG

AKTUELLE KÖRPERGRÖSSE: _____ CM

GENUSSMITTEL (ZIGARETTEN, ALKOHOL, ETC.)?

- NEIN
- JA – WELCHE & WIE VIEL?

WERDEN MEDIKAMENTE EINGENOMMEN?

- NEIN
- JA – WELCHE?

WIE IST DAS SCHLAFVERHALTEN (EIN-/DURCHSCHLAFPROBLEME, ETC.)?

TRAGEN SIE EINE BRILLE?

- NEIN
- JA – WARUM?

BEFINDEN/BEFANDEN SIE SICH IN ZAHNMEDIZINISCHER/KIEFERORTHOPÄDISCHER BEHANDLUNG?

- NEIN
- JA – WARUM?

GIBT/GAB ES INFEKTIONSKRANKHEITEN?

- NEIN
- JA – WELCHE?



FRAGEN ZUR KINDHEIT:

GEBURT:

- SPONTANE GEBURT
 - EINGELEITET
 - KAISERSCHNITT, WENN JA – WARUM?
-

TRATEN WÄHREND IHRER GEBURT KOMPLIKATIONEN AUF? WENN JA, WELCHE?

LIEGEN ANGEBORENE ERKRANKUNGEN/GENSCHÄDIGUNGEN VOR?

- NEIN
 - JA, WELCHE?
-
-

WELCHE KINDERKRANKHEITEN WURDEN DURCHGEMACHT?

- | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DIPHTHERIE | <input type="checkbox"/> RÖTELN | <input type="checkbox"/> RINGELRÖTELN |
| <input type="checkbox"/> MASERN | <input type="checkbox"/> SCHARLACH | <input type="checkbox"/> WINDPOCKEN |
| <input type="checkbox"/> MUMPS | <input type="checkbox"/> DREITAGEFIEBER | <input type="checkbox"/> KEUCHHUSTEN |

WELCHE IMPFUNGEN HABEN SIE ERHALTEN?

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIPHTHERIE | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> POLIO |
| <input type="checkbox"/> FSME | <input type="checkbox"/> KEUCHHUSTEN | <input type="checkbox"/> ROTAVIREN |
| <input type="checkbox"/> GRIPPE | <input type="checkbox"/> MASERN | <input type="checkbox"/> RÖTELN |
| <input type="checkbox"/> CORONA | <input type="checkbox"/> MENINGOKOKKEN | <input type="checkbox"/> TETANUS |
| <input type="checkbox"/> HEPATITIS B | <input type="checkbox"/> MUMPS | <input type="checkbox"/> WINDPOCKEN |
| <input type="checkbox"/> HIB | <input type="checkbox"/> PNEUMOKOKKEN | <input type="checkbox"/> HERPES ZOSTER |
| <input type="checkbox"/> SONSTIGE | | |
-
-

ANGABEN ZUR KRANKHEITSGESCHICHTE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> KOPFVERLETZUNGEN | <input type="checkbox"/> STÜRZE AUF KOPF |
| <input type="checkbox"/> KNOCHENBRÜCHE | <input type="checkbox"/> SPORTUNFÄLLE |
| <input type="checkbox"/> FUSS- ODER KNIEVERLETZUNGEN | <input type="checkbox"/> RAD-/AUTOUNFÄLLE |
| <input type="checkbox"/> STÜRZE AUF BECKEN/STEISSBEIN | |
| <input type="checkbox"/> SONSTIGES – BITTE KURZ BESCHREIBEN | |
-
-

WEITERE ERKRANKUNGEN

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HERZ-/KREISLAUFBESCHWERDEN | <input type="checkbox"/> GEBÄRMUTTER/EIERSTÖCKE |
| <input type="checkbox"/> BLUTHOCHDRUCK | <input type="checkbox"/> PROSTATA |
| <input type="checkbox"/> ATEMORGANE (BRONCHIEN, LUNGE, NASE, RACHEN) | <input type="checkbox"/> SCHILDDRÜSE |
| <input type="checkbox"/> VERDAUUNGSORGANE | <input type="checkbox"/> TUMOR |
| <input type="checkbox"/> WIRBELSÄULEN-/GELENKSCHMERZEN | <input type="checkbox"/> LEBER-/GALLEERKRANKUNGEN |
| <input type="checkbox"/> RHEUMA | <input type="checkbox"/> HAUTKRANKHEITEN |
| <input type="checkbox"/> BLASE | <input type="checkbox"/> DIABETES |
| <input type="checkbox"/> NIEREN | <input type="checkbox"/> DEPRESSION |
| <input type="checkbox"/> ALLERGIEN – WENN JA, WELCHE | |
-
-

- SONSTIGES – BITTE KURZ BESCHREIBEN
-
-



GAB ES OPERATIONEN?

- NEIN
- JA, WELCHE?

LEIDEN SIE AN HÄUFIGEN KOPFSCHMERZEN?

- NEIN
- JA – WIE OFT, WIE FÜHLT SICH DER SCHMERZ AN, LOKALISATION

WIE IST DIE VERDAUUNG?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> VÖLLEGEFÜHL NACH DEM ESSEN | <input type="checkbox"/> VERSTOPFUNG |
| <input type="checkbox"/> SODBRENNEN | <input type="checkbox"/> HÄMORRHOIDEN |
| <input type="checkbox"/> GASTRITIS | <input type="checkbox"/> DURCHFALL |
| <input type="checkbox"/> MAGENGESCHWÜR | <input type="checkbox"/> COLITIS ULCEROSA |
| <input type="checkbox"/> VERMEHRTE BLÄHUNGEN | <input type="checkbox"/> MORBUS CHRON |
| <input type="checkbox"/> VERMEHRTES AUFSTOSSEN | <input type="checkbox"/> REIZDARM |
| <input type="checkbox"/> APPETITLOSIGKEIT | |

ABNEIGUNGEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN BEI NAHRUNGSMITTELN?

- NEIN
- JA – WELCHE?

WIE VIEL TRINKEN SIE UND WAS?

HABEN SIE EHER VERLANGEN NACH... (MEHRFACH ANTWORTEN SIND MÖGLICH)

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SÜSS | <input type="checkbox"/> BITTER | <input type="checkbox"/> KEINES |
| <input type="checkbox"/> SALZIG | <input type="checkbox"/> SAUER | |

FAMILIENANAMNESE

VATER:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HERZ-/KREISLAUFERKRANKUNGEN | <input type="checkbox"/> NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN |
| <input type="checkbox"/> BLUTHOCHDRUCK | <input type="checkbox"/> ASTHMA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> GEFÄSSERKRANKUNGEN |
| <input type="checkbox"/> KREBS, WENN JA – WELCHER? | |

- SONSTIGES

MUTTER:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HERZ-/KREISLAUFERKRANKUNGEN | <input type="checkbox"/> NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN |
| <input type="checkbox"/> BLUTHOCHDRUCK | <input type="checkbox"/> ASTHMA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> GEFÄSSERKRANKUNGEN |
| <input type="checkbox"/> KREBS, WENN JA – WELCHER? | |

- SONSTIGES



FÜR PATIENTINNEN

ANZAHL DER SCHWANGERSCHAFTEN (AUCH FEHL-/TOTGEBURTEN, ABTREIBUNGEN): _____

ANZAHL DER GEBURTEN: _____

VERHÜTUNG:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PILLE | <input type="checkbox"/> HORMONIMPLANTAT |
| <input type="checkbox"/> MINIPILLE | <input type="checkbox"/> VERHÜTUNGSPFLASTER |
| <input type="checkbox"/> DEPOTSPRITZE | <input type="checkbox"/> KUPFERSPIRALE |
| <input type="checkbox"/> VERHÜTUNGSRING | <input type="checkbox"/> HORMONSPIRALE |

MENSTRUATION:

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> NEIN | |
| <input type="checkbox"/> JA – SEIT WANN? | _____ |
| <input type="checkbox"/> REGELMÄSSIG | |
| <input type="checkbox"/> UNREGELMÄSSIG | |
| <input type="checkbox"/> SCHMERZHAFT | |