



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:.....