

Dr. med. Kristina Weiss
Arztpraxis für Allgemeinmedizin

✉ Dr. med. Kristina Weiss * Wilhelm-Franke-Straße 18 * 01219 Dresden

☎ Telefon 0351-4707224 * 📠 Fax 0351-4707200

Anamnesefragebogen

Dieser Anamnesefragebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:	Männlich: ☐	Weiblich: ☐
Straße:	PLZ:	Ort:
Beruf:		
Tel. (privat):	Geschäftlich:	Mobil:

E-Mail:

Hatten Sie eine / mehrere der folgenden Kinderkrankheiten?

Masern	Nein ☐	Ja ☐
Röteln	Nein ☐	Ja ☐
Windpocken	Nein ☐	Ja ☐
Mumps	Nein ☐	Ja ☐
Scharlach	Nein ☐	Ja ☐

Operationen?

Blinddarm	Nein ☐	Ja ☐	* Wann? _____
Mandeln	Nein ☐	Ja ☐	* Wann? _____
Andere Operationen	Nein ☐	Ja ☐	* Wann? _____ *Welche? _____

Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	Nein ☐	Ja ☐	
Blutzuckerkrankheit	Nein ☐	Ja ☐	
Magenerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	
Tumorerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	* Wenn ja, welche? _____
Nierenerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	
Hautkrankheit	Nein ☐	Ja ☐	* Wenn ja, welche? _____
Fettstoffwechselstörung	Nein ☐	Ja ☐	
Gicht	Nein ☐	Ja ☐	
Gelenkrheuma	Nein ☐	Ja ☐	
Tuberkulose	Nein ☐	Ja ☐	
Aids	Nein ☐	Ja ☐	
Leberentzündung	Nein ☐	Ja ☐	
Lungenerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	* Wenn ja, welche? _____
Herzkrankheit	Nein ☐	Ja ☐	* Wenn ja, welche? _____
Psychische Erkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	
Anfallsleiden	Nein ☐	Ja ☐	
Sonstige:	_____		

Allergie gegen?

Penicillin	Nein ☐	Ja ☐
Aspirin-Acetylsalicylsäure	Nein ☐	Ja ☐
Sonstige	Nein ☐	Ja ☐ * Welche? _____

Familienvorgeschichte

Bluthochdruck	Nein ☐	Ja ☐
Blutzuckerkrankheit	Nein ☐	Ja ☐
Fettstoffwechsel	Nein ☐	Ja ☐
Herzinfarkt	Nein ☐	Ja ☐
Lungenerkrankung	Nein ☐	Ja ☐
Krebs	Nein ☐	Ja ☐ * Wenn ja, welcher? _____

Vegetative Anamnese

Durst	Normal ☐	Vermehrt ☐
Appetit	Normal ☐	Vermehrt ☐
Stuhlgang	Normal ☐	Vermehrt ☐
* Wenn nicht normal	Durchfall ☐	Verstopfung ☐
* Wenn Durchfall	Mit Blut ☐	Mit Schleim ☐ * Wie oft am Tag? _____
Wasserlassen	Normal ☐	Vermehrt ☐
* Wenn nicht normal	„Brennen“ ☐	„Startschwierigkeiten“ ☐
Gewicht	Konstant ☐	Nicht konstant ☐
* Wenn nicht konstant	Zunahme ☐	Abnahme ☐ * _____ Kilogramm in _____ Monaten
Mir ist sehr oft kalt	Nein ☐	Ja ☐
Mir ist sehr oft warm	Nein ☐	Ja ☐
Ich schwitze übermäßig	Nein ☐	Ja ☐
Ich habe oft	Nein ☐	Ja ☐
Kopfschmerzen	Nein ☐	Ja ☐
Rauchen Sie?	Nein ☐	Ja ☐
Trinken Sie Alkohol?	Nein ☐	Ja ☐
* Wenn ja wie oft?	Täglich ☐	Ab und zu ☐ * Was? _____

Bei Patientinnen:

Schwangerschaften	Nein ☐	Ja ☐ * Wieviele? _____
Geburten	Nein ☐	Ja ☐ * Wieviele? _____
Antibabypille	Nein ☐	Ja ☐
Monatsblutungen	Nein ☐	Ja ☐
regelmäßig	Nein ☐	Ja ☐
Schmerzhaft	Nein ☐	Ja ☐
beendet	Nein ☐	Ja ☐ * Wenn ja, seit wann? _____

Alle Patienten:

Nehmen Sie regelmäßig	Nein ☐	Ja ☐ * Wenn ja, welche? _____
Medikamente ein?		_____

Körpergröße (in cm): _____

Gewicht (in kg): _____

Ich habe Impfschutz gegen:

Tetanus	Nein ☐	Ja ☐	Weiß nicht ☐
Diphtherie	Nein ☐	Ja ☐	Weiß nicht ☐
Polio	Nein ☐	Ja ☐	Weiß nicht ☐
Pertussis	Nein ☐	Ja ☐	Weiß nicht ☐
Hepatitis A	Nein ☐	Ja ☐	Weiß nicht ☐
Hepatitis B	Nein ☐	Ja ☐	Weiß nicht ☐
Masern	Nein ☐	Ja ☐	Weiß nicht ☐
Mumps	Nein ☐	Ja ☐	Weiß nicht ☐
Röteln	Nein ☐	Ja ☐	Weiß nicht ☐
BCG-Tuberkulose	Nein ☐	Ja ☐	Weiß nicht ☐
FSME	Nein ☐	Ja ☐	Weiß nicht ☐
Sonstiges:	_____		

Ich trage Brille / Kontaktlinsen Nein ☐ Ja ☐

* Wenn ja: Dioptrien rechts _____ links _____

Wann war der letzte Check-up? _____

* Mit welchem Ergebnis und wo gemacht? _____

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung und was wurde geröntgt?

Ich wünsche zusätzliche / ausschließliche naturheilkundliche Beratung und Therapie?* Nein ☐ Ja ☐

***Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht oder nur zum Teil Bestandteile des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen sind und somit von mir selbst zu zahlen sind.*

Uns interessiert, wie Sie zu uns kamen...

durch Empfehlung von: _____

Telefonbuch: _____

Sonstiges: _____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. Diese werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Ihr Praxisteam
Dr. med. Kristina Weiss