

Dr. med. Oliver Groll
Facharzt für Innere Medizin
Kardiologie, Notfallmedizin



Dr. med. Stephanie Rampp
Fachärztin für Innere Medizin
Notfallmedizin

Eschenstr. 40
82024 Taufkirchen
Tel.: 089-44999140 – Fax 089-449991419

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe aus und besprechen Sie ihn, falls erforderlich, mit Ihren Eltern, Partnern oder mit uns, den Ärzten, oder den Arzthelferinnen. Ihre Antworten erleichtern es, die richtige Diagnose zu stellen und die beste Behandlung für Sie auszuwählen.

Aus Datenschutzgründen bitten wir sie, diesen Fragebogen nur dem Praxispersonal zu übergeben.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Adresse/PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobil: _____

Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg verheiratet: _____ Kinder: _____

Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Unter welche Erkrankungen leiden Sie derzeit noch: keine siehe Liste

Erkrankung	seit	In Behandlung	Nicht in Behandlung

Haben Sie Medikamente in den letzten 3 Monaten eingenommen? nein siehe Liste

Medikament	ca. von-bis	Dosierung

Welche bedeutsamen Erkrankungen haben Sie schon gehabt?

Erkrankung	Genauere Bezeichnung	Zeitpunkt	Besteht sie noch
Herz Kreislauf			
Lunge			
Leber			
Niere			
Magen Darm			
Schilddrüse			
Wirbelsäule			
Gelenke Gliedermaßen			
Allergien			
Infektionskrankheiten			
Sonstiges			

Welche ernstesten Krankheiten sind bei Ihren Eltern und Geschwistern aufgetreten (Rheuma, Krebs, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Zucker, Asthma)?

Erkrankung	Elternteil, Bruder, Schwester	Alter bei Auftreten

Sind nahe Verwandte von Ihnen an Krankheiten verstorben?

Erkrankung	Elternteil, Bruder, Schwester	Alter

Wurden Sie schon mal operiert?

Rauchen Sie? Was? Wieviel täglich?

Trinken Sie Alkohol? Was (Bier, Wein, Schnaps)? Wieviel täglich?

Beschreiben Sie bitte Ihr Alltagsverhalten:

Bitte markieren Sie hierzu auf der Skala die Zahl, die am besten ausdrückt, wie stark der Satz zutrifft (1 0 trifft kaum zu, 6 = trifft stark zu)

Ich esse sehr schnell

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 trifft sehr stark zu

Ich esse täglich Fleisch, Kuchen, Süßigkeiten

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 trifft sehr stark zu

Ich nehme weniger als 2 Liter Flüssigkeit zu mir

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 trifft sehr stark zu

Ich habe Stuhlgang (bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen)

täglich alle 2 Tage alle 3 Tage alle 4 Tage seltener

Ich habe Beschwerden beim Wasserlassen

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 trifft sehr stark zu

Mein Schlaf ist ruhig und erholsam

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 trifft sehr stark zu

In meinem Beruf bin ich zufrieden und fühle mich erfolgreich

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 trifft sehr stark zu

Mit meinem Privatleben bin ich zufrieden und glücklich

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 trifft sehr stark zu

Welchen Sport treiben Sie regelmäßig?

Sportart	Häufigkeit/Stunden pro Woche

Welche weiteren Informationen möchten Sie uns mitteilen?

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!!