

**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!!**