

Heutiges Datum	PID	Geburtsdatum
	Wird von der Praxis vergeben	
Patientenname (Nachname, Vorname)		



Patientenfragebogen – Eigenanamnese

Sehr geehrte/r Patient/in,
um Ihre Untersuchung und Behandlung optimal durchführen zu können, ist es uns wichtig, Ihre Krankengeschichte, vorbestehende Krankheiten, Allergien, einzunehmende Medikamente oder durchgeführte Operationen zu kennen. Wir bitten Sie daher, die nachfolgenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten.

Telefon / Mobil: _____

E-Mail: _____

Erlerner Beruf: _____

Jetzige Tätigkeit: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten: ☐ Nein ☐ Ja, folgende:

Allergien/ Heuschnupfen: ☐ Nein ☐ Ja, folgende:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: ☐ Nein ☐ Ja, folgende:

Tabakkonsum:	☐ Nein	☐ nicht mehr	☐ manchmal	☐ täglich
Alkoholkonsum:	☐ Nein	☐ nicht mehr	☐ manchmal	☐ täglich
Drogenkonsum:	☐ Nein	☐ nicht mehr	☐ manchmal	☐ täglich

Hatten Sie bisher Operationen? Wenn ja, wann und welche:

Wurde Ihnen jemals eine Kur oder ein Heilverfahren verordnet? Wenn ja, wann und weshalb:

Besteht bei Ihnen eine Anerkennung für eine Schwerbehinderung oder einen Pflegegrad?

Heutiges Datum	PID	Geburtsdatum
	Wird von der Praxis vergeben	
Patientenname (Nachname, Vorname)		



Wurden bei Ihnen oder Ihrer Familie jemals folgende Erkrankungen diagnostiziert?

	Eigene		Familiäre	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Krampfleiden (z.B. Epilepsie)	☐	☐	☐	☐
Psychische Erkrankungen	☐	☐	☐	☐
Grüner Star (Glaukom) / Grauer Star (Katarakt)	☐	☐	☐	☐
Schwerhörigkeit	☐	☐	☐	☐
Herzinfarkt / Herzinsuffizienz / Herzfehler	☐	☐	☐	☐
Gefäßleiden (z.B. Krampfadern, Thrombose, offene Beine)	☐	☐	☐	☐
Hypertonie (Bluthochdruck)	☐	☐	☐	☐
Hypotonie (niedriger Blutdruck)	☐	☐	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐	☐	☐
Lungenerkrankungen (z.B. COPD, TBC)	☐	☐	☐	☐
Asthma	☐	☐	☐	☐
Hepatitis (Gelbsucht) oder andere Lebererkrankungen	☐	☐	☐	☐
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre	☐	☐	☐	☐
Gallensteine	☐	☐	☐	☐
Nierenerkrankungen	☐	☐	☐	☐
Fettstoffwechselstörungen	☐	☐	☐	☐
Rheumatische Erkrankungen	☐	☐	☐	☐
Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐	☐	☐
Diabetes Typ 1 / Diabetes Typ 2	☐	☐	☐	☐
Neurodermitis	☐	☐	☐	☐
Erkrankungen der Gelenke, Wirbelsäule, Knochenbrüche	☐	☐	☐	☐
Für Männer: Krankheiten der Prostata	☐	☐	☐	☐
Für Frauen: Krankheiten der Unterleibsorgane oder der Brust	☐	☐	☐	☐
Krebserkrankungen	☐	☐	☐	☐
Genetische Erkrankungen (Erbkrankheiten)	☐	☐	☐	☐

Ergänzung zum Fragebogen / Besonderheiten / Weitere Erkrankungen:

Wenn Sie ein Impfdokument (Impfausweis) besitzen, bitten wir um Vorlage.

Unterschrift Patient / Patientin bzw. bevollmächtigter Betreuer* / bevollmächtigte Betreuerin*

* Bitte Nachweis unaufgefordert vorlegen.