



Dr. med. Antje Rathert

Internistin und Hausärztin

Winsstraße 45
10405 Berlin

T. 030 - 441 41 66
F. 030 - 443 273 41

info@praxis-rathert.de
www.praxis-rathert.de

1/3

Anamnesebogen

Wir freuen uns, dass Sie in unsere Praxis gekommen sind. Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens, helfen Sie uns, Sie in allen Gesundheitsfragen fundiert beraten zu können.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben. Sollte Ihnen etwas unverständlich sein oder haben Sie Fragen, wenden Sie sich einfach an mich oder mein Team.

Bitte faxen oder mailen Sie uns den vollständig ausgefüllten Bogen vorab oder geben Sie ihn bei Ihrem Besuch in der Praxis ab.

Name:

Geburtsdatum:

Größe/Gewicht:

Allgemeine Fragen:

- Waren Sie bereits stationär im Krankenhaus? nein / ja
- Sind Sie schon einmal operiert worden? nein / ja
- Haben Sie in letzter Zeit Fernreisen gemacht? nein / ja
- Haben Sie Allergien? nein / ja
- Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten? nein / ja
- Sind Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? nein / ja
- Haben Sie Haustiere? nein / ja
- Rauchen Sie? Haben Sie früher geraucht? nein / ja
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein / ja
- Treiben Sie regelmäßig Sport? nein / ja
- Ernähren Sie sich vegetarisch/vegan/...? nein / ja
- Hatten Sie schon mal eine Darmspiegelung ? nein / ja
- Waren Sie bereits beim Hautkrebscreening ? nein / ja
- Waren Sie schon mal beim Check up? nein / ja
- Hatten Sie weitere Vorsorgeuntersuchungen? nein / ja

Vegetative Anamnese:

- Hatten Sie Gewichtsveränderungen in letzter Zeit? nein / ja
- Leiden Sie an Appetitlosigkeit u./o. Übelkeit? nein / ja
- Haben Sie Stuhlgangsauffälligkeiten/-veränderungen? nein / ja
- Haben Sie Auffälligkeiten beim Wasserlassen? nein / ja



- Leiden Sie unter Luftnot (in Ruhe o. Belastung o. Liegen)..... nein / ja
- Haben Sie Husten oder Auswurf?..... nein / ja
- Leiden Sie unter Fieber oder Nachtschweiß?..... nein / ja
- Haben Sie Schlafstörungen? nein / ja
- Leiden Sie unter Unruhezuständen?..... nein / ja
- Leiden Sie unter vermehrter Erschöpfung/Müdigkeit? nein / ja

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> KHK (Koronare Herzkrankheit) | <input type="checkbox"/> Chronische Infektionen |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankg | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Windpocken |

Sonstige:

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister,Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer | <input type="checkbox"/> Chronische Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Weitere Autoimmunerkrankungen |

Sonstige:



Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig ein?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Besitzen Sie einen Impfausweis? ja / nein

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit. Wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja / nein

Wenn ja, auf welchem Wege?

per Mail / Mailadresse:

per Postkarte.....

telefonisch / Telefon Nr.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam

Dr. med. Antje Rathert