

Dr. W. Merx – Dr. F. Reese – Dr. K. Binas – V. Ludwig – A. Fischer – Dr. A. Schweitzer

Anamnesefragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation in der Sprechstunde aus. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Patientin/ Patient:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

männlich:

weiblich:

divers:

Anschrift:

Email: _____

Tel.: _____

Handy-Nr.: _____

Beruf: _____

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern ja nein Mumps ja nein

Röteln ja nein Windpocken ja nein

Gab es Operationen? ja nein

Was und wann wurde operiert?

Vorerkrankungen?

Bluthochdruck: ja nein Diabetes: ja nein

Magenerkrankung: ja nein Herzvorerkrankungen: ja nein

Nierenerkrankungen: ja nein Hautkrankheiten: ja nein

Fettstoffwechselstörung: ja nein Harnsäureerhöhung: ja nein

Rheuma: ja nein Zustand nach Tuberkulose: ja nein

HIV-Infektion: ja nein Leberentzündung (Hepatitis): ja nein

Asthma: ja nein Tumorerkrankungen: ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie): ja nein Psychische Erkrankung: ja nein

Sonstige Erkrankungen:

Haben Sie Allergien? ja nein

Penicillin: ja nein **Aspirin**(Acetylsalicylsäure): ja nein

Blütenstaub: ja nein **Tierhaare:** ja nein

Hausstaubmilben: ja nein **Nahrungsmittel:** ja nein

Medikamente: ja nein wenn ja, welche: _____

Bienen-/Wespengift: ja nein

Sonstige Allergien:

Familienvorgeschichte

Bluthochdruck: ja nein **Herzinfarkt:** ja nein

Blutzuckerkrankheit: ja nein **Asthma:** ja nein

Fettstoffwechselstörung: ja nein **Krebs:** ja nein

Weitere Erkrankungen in der Familie:

Rauchen Sie? ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein **wenn ja, wie oft?** _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

wenn ja, welche?

Körpergröße (in cm): _____ **Gewicht**(in kg): _____

Ich besitze Impfschutz gegen:

Tetanus: ja nein Diphtherie: ja nein Polio: ja nein

Mumps/Masern/Röteln: ja nein

Hepatitis A: ja nein Hepatitis B: ja nein

Gürtelrose: ja nein Pneumokokken: ja nein

Covid-19: ja nein

Bisherige Hausärztin/ bisheriger Hausarzt:

Name/Anschrift: _____

Mit behandelnde Fachärztinnen/ Fachärzte:

Name/Fachbezeichnung: _____

Für Privatpatientinnen und Privatpatienten:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Abrechnung der ärztlichen Leistungen über die Privatärztliche Verrechnungsstelle in Köln erfolgt.

Ort/Datum

Vor-/Zuname