

Praxis für Allgemeinmedizin, Carl-Zeiss-Platz 8 in 07743 Jena

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unsere Praxis!

Damit wir Sie umfassend beraten und behandeln können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Basis der gesetzlichen Regelungen der DSGVO.

ANAMNESEFRAGEBOGEN

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum: _____ männlich: ☐ weiblich: ☐

Anschrift : _____

Telefon : _____

Fax: : _____

E-Mail : _____

Beruf : _____

Notfallkontakt mit Telefonnummer: _____

Familienstand : _____

Kinder : _____

Kinderkrankheiten:

Masern ja ☐ nein ☐

Röteln ja ☐ nein ☐

Windpocken ja ☐ nein ☐

Mumps ja ☐ nein ☐

Scharlach ja ☐ nein ☐

Polio ja ☐ nein ☐

Vorerkrankungen:

Bluthochdruck	ja ☐	nein ☐	Tuberkulose	ja ☐	nein ☐
Herzkrankheit / Infarkt	ja ☐	nein ☐	Gelenkerkrankungen	ja ☐	nein ☐
Blutzuckerkrankheit	ja ☐	nein ☐	Hautkrankheit	ja ☐	nein ☐
Magenerkrankung	ja ☐	nein ☐	Augenerkrankung	ja ☐	nein ☐
Leberentzündung	ja ☐	nein ☐	Schlaganfall	ja ☐	nein ☐
Nierenerkrankung	ja ☐	nein ☐	Asthma	ja ☐	nein ☐
Fettstoffwechselstörung	ja ☐	nein ☐	Anfallsleiden	ja ☐	nein ☐
Harnsäurestoffwechsel	ja ☐	nein ☐	Tumorerkrankung	ja ☐	nein ☐
Psychische Erkrankung	ja ☐	nein ☐	Aids	ja ☐	nein ☐

Operationen?

Unfälle?

Besitzen Sie Impfschutz gegen:

Tetanus	ja ☐	nein ☐	Mumps	ja ☐	nein ☐
Diphtherie	ja ☐	nein ☐	Röteln	ja ☐	nein ☐
Polio	ja ☐	nein ☐	Hepatitis A	ja ☐	nein ☐
BCG-Tuberkulose	ja ☐	nein ☐	Hepatitis B	ja ☐	nein ☐

Praxisstempel



Uniklinikum Jena

Allergien:

Antibiotika ja ☐ nein ☐ welche? _____

Andere Medikamente ja ☐ nein ☐ welche? _____

Blüten- / Hausstaub ja ☐ nein ☐

Tierhaare ja ☐ nein ☐

Nahrungsmittel ja ☐ nein ☐

Familienanamnese:

Blutzuckerkrankheit ja ☐ nein ☐ Lungenerkrankung ja ☐ nein ☐

Herzerkrankung ja ☐ nein ☐ Tumorleiden ja ☐ nein ☐

Fettstoffwechsel ja ☐ nein ☐ Schlaganfall ja ☐ nein ☐

Nierenerkrankung ja ☐ nein ☐

Sonstiges _____

Allgemeines:

Rauchen Sie ja ☐ nein ☐ Wie viel?

Alkoholkonsum ja ☐ nein ☐ Wie viel?

Drogen ja ☐ nein ☐ Was?

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten ja ☐ nein ☐

Welche / Menge:

Größe: **cm**

Gewicht: kg

Praxisstempel



Zentrum für
ambulante Medizin

Uniklinikum Jena

Wann war Ihr letzter Check-up? _____

Wann war Ihre letzte Prostata-Krebsvorsorge? _____

Wann war Ihre letzte Hautkrebsvorsorgeuntersuchung? _____

Gyn. Anamnese:

Erste Periode? _____

Letzte Periode? _____

Pille? _____

Regelmäßige gyn. Kontrolle? _____

Schwangerschaften? _____

Regelm. Periode? _____

Zwischenblutungen? _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung: ja ☐

Telefonbuch ja ☐

Internet ja ☐

Sonstiges _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____