

Anamnesefragebogen

Datum: _____

*Liebe Patientin, lieber Patient,
damit bei Ihrem ersten Termin möglichst viel Zeit für ein offenes Gespräch und/oder eine
neurologische Untersuchung bleibt, bitte ich Sie die unten stehenden Fragen zu
beantworten. Sollte Ihnen etwas unverständlich sein, fragen Sie bitte an der Rezeption oder
wir besprechen es persönlich. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Vielen Dank! Dr. med. Kerstin Anvari*

Name: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

E-Mail-Adresse: _____ Handynummer: _____

Ihr Hausarzt: _____

Liegt Folgendes bei Ihnen vor?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Grüner Star (Glaukom)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma bronchiale? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Herzrhythmusstörungen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutzucker (Diabetes mellitus)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Rheuma? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Krebs-Vorerkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung? (z. Bsp. Hepatitis) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| HIV ? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Trinken Sie täglich Alkohol? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Schlafstörungen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an Appetitlosigkeit oder an Gewichtsabnahme | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie das Medikament Marcumar? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Für Frauen: Sind Sie schwanger? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Für Männer: Prostatavergrößerung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie pflanzliche/homöopathische Mittel ein? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Sonstige Erkrankung? _____

Sind Allergien bekannt, welche? _____

Unterschrift: _____