

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

*Dieses Feld wird durch das Praxispersonal ausgefüllt!*

## Anamnesebogen für Polygraphie

### Sehr geehrte(r) Patient(in),

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis. Wir möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und unsere gesamte Kompetenz widmen. Um Ihnen bei Ihren Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus! Besprechen Sie offene Fragen, falls erforderlich, mit Ihren Angehörigen. Unklare Fragepunkte markieren Sie mit einem Fragezeichen. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

#### **Persönliche Daten:**

Name / Geburtsname: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Familienstand:     ledig         verheiratet         verwitwet     in Beziehung lebend

Kinder: \_\_\_\_\_

Gelernter Beruf: \_\_\_\_\_

Jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_  Schichttätigkeit

#### **Kontaktdaten:**

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragen:

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Arzneimittelunverträglichkeiten:  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Allergien:  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig und in welcher Dosierung ein?

	Präparat	Stärke	Dosierung		Präparat	Stärke	Dosierung
	<i>Muster Retard</i>	<i>100</i>	<i>1-0-0</i>	5			
1				6			
2				7			
3				8			
4				9			

## Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte:

### Wurden Sie schon einmal operiert?

Blinddarm	Nein	Ja	Jahr	Mandeln	Nein	Ja	Jahr
Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gallenblase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Gefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frauenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Schilddrüse (Kropf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	→ Wenn ja, welche?	_____		

## Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Nein	Ja	Jahr
Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übelkeit, Brechreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nervöse Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzanfall (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
offenes Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelbsucht, Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren- oder Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fettstoffwechselkrankheiten (Cholesterin, Triglyceride)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenkrheumatismus mit Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Krankheiten der Gelenke oder Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutarmut, Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen (Kropf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Grauer Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Krankheiten (keine Operationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, welche?			

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in  
Mittelmeerländern oder in den Tropen?

Wenn ja, Wo?

\_\_\_\_\_

## Haben Sie folgende Beschwerden?

	Nein	Ja		Nein	Ja
Häufiger Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fehlsichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit, Brechreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen, auch ohne Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brennen hinter dem Brustbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiche hinter dem Schulterblatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ziehen im linken Arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzhaftes Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unklare Fieberschübe (38-39°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benommenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Häufig blaue Lippen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zunehmende Hautblässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## Sonstige Fragen zu Ihrer Person

	Nein	Ja	
Haben Sie Appetitlosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie starken Durst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafen Sie schlecht ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafen Sie schlecht durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schnarchen Sie während des Schlafes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie oft nach dem morgendlichen Aufwachen einseitige Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwitzen Sie rasch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wächst Ihnen alles über den Kopf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fühlen Sie sich häufig einsam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie häufig bedrückt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Schwierigkeiten in der Familie oder in der Nachbarschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie andere Sorgen oder Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (Bier, Wein, Schnaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menge: _____
Rauchen Sie? (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menge: _____
Haben Sie früher geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menge: _____
Nehmen Sie oder nahmen Sie Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche: _____

## Datum, Unterschrift:

Leipzig, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

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

**Ihr Praxisteam**