

## Anamnesefragebogen Innere Medizin

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns Sie als neue(n) Patienten/Patientin in unserem Monvia Gesundheitszentrum begrüßen zu dürfen.

Wir bitten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Person und medizinischer Vorgeschichte zu beantworten. Ihr behandelnder Arzt wird die Vorgeschichte mit Ihnen besprechen und allfällige Fragen und Unklarheiten mit Ihnen besprechen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

### Operationen

Wurden Sie bereits einmal operiert (z. B. Blinddarm, Gallenblase, Knochenbrüche)?

ja  nein

Wenn ja, wann, woran und in welchem Spital?

### Vorerkrankungen:

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten (z. B. Blutdruck, Zucker, Cholesterin, Migräne, Depression, etc.)?

ja  nein

Wenn ja, welche Erkrankung, seit wann?

### Vorsorgeuntersuchungen:

Letzter Labor-Check (ab 35. Lebensjahr):

Vorsorgedarmspiegelung (ab 50. Lebensjahr):

Letzte gynäkologische Kontrolle (für Frauen):

### Haben Sie einen Impfausweis?

ja  nein

Wann wurde dieser zuletzt von einem Arzt kontrolliert?

Wann wurde die letzte Impfung durchgeführt?

Erkrankungen in der Familie:

Sind bei Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern schwere Erkrankungen bekannt? (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombosen, Tumorerkrankungen)

ja  nein

Wenn ja, bei wem ist welche Erkrankung in welchem Alter aufgetreten?

Allergien:

Sind bei Ihnen einmal Allergien aufgetreten (z. B. gegen Medikamente, Heuschnupfen, Lebensmittelallergien)?

ja  nein

Wenn ja, wogegen und welche Reaktion haben Sie gezeigt?

Haben Sie einen Allergieausweis?

ja  nein

Familiäre Situation:

Wie ist Ihr Zivilstand?

ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Haben Sie Kinder?

ja  nein

Wenn ja, wie viele?

Was ist Ihr Beruf?

Vollzeit  Teilzeit  pensioniert

Medikation:

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche (inkl. Stärke und Zeitpunkt der Einnahme)?

Allgemeine Angaben:

Wie gross sind Sie und wieviel wiegen Sie?

Grösse:

cm

Gewicht:

kg

Rauchen Sie?

ja  nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag seit wie vielen Jahren?

Trinken Sie Alkohol?

ja  gelegentlich  wenig  nein

Wenn ja, was und wieviel?

Unterschrift Arzt/Ärztin:

Unterschrift Patient/in: