



Doctor medic Yasser Al-Zuebi
FA für Innere Medizin-Notfallmedizin
Freiherr-vom-Stein Str. 2
64354 Reinheim
Tel.: 06162/4622
Fax.: 06162/4080
e-mail: info@praxis-alzuebi.com

Anamnesefragebogen

Wenn Sie möchten, bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zum ersten Termin bei einem unserer Ärzte mit. Selbstverständlich erhalten Sie die Fragebögen auch in unserer Praxis.

Für Neupatienten:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer Konsultation bei einem unserer Ärzte aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Personalien

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ	
Stadt	
Telefon	
Mail	
Beruf	
Familienstand	

Aktuelle Beschwerden:

	Ja/ Welche	Nein
Aktuelle Beschwerden		

Vorerkrankungen

	JA	NEIN	unbekannt
Thrombosen/oder Lungen embolien			
Bluthochdruck			
Blutzuckerkrankheit			
Fettstoffwechselstörung			
Herzkrankheit			
Magenerkrankung			
Lungenkrankheit			
Nierenerkrankung			
Krebs			
Hautkrankheit			
Gicht			
Rheuma			
Leberentzündung/Gelbsucht			
Psychische Erkrankung			
Sonstiges			

Operationen

	Ja/wann ?	Nein
Blinddarm		
Mandeln		
Sonstiges		

	Ja	Nein
Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus/ Warum?		
Waren Sie im letzten Jahr im Ausland? Wenn ja wo?		

Allergien / Bestehen Unverträglichkeiten gegen:

	Ja	Nein
Medikamente		
Pollen		
Hausstaubmilben		
Tierhaare		
Metalle		
Nahrungsmittel		
Milch/-Fruchtzucker		
Sonstiges		

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie ein	Häufigkeit:

Gewohnheiten:

	Ja	Nein	Wie viel	Seit wann
Rauchen Sie				
Trinken Sie regelmäßig Alkohol				
Haben Sie viel Stress				
Treiben Sie Sport				
Essen Sie frisches Gemüse				
Essen Sie regelmäßig Seefisch				
Essen Sie Fleisch und Wurst				
Schlafen Sie ausreichend			Std/Nacht	
Essen Sie Milchprodukte/Käse?				

Vegetative Anamnese: Veränderungen im letzten Jahr?

	Vermehrt	Vermindert
Durst		
Appetit		
Stuhlgang		
Wasserlassen		
Ich schwitze		

Schmerzanamnese:

	Ja/ Wo?	Nein
Leiden Sie unter wiederkehrenden Schmerzen ?		

Familienvorgeschichte

	Ja	Nein	Vater	Mutter	Opa	Oma
Bluthochdruck						
Blutzuckerkrankheit						
Herzinfarkt						
Fettstoffwechsel						
Asthma						
Krebs						
Thrombosen						
Sonstiges						

Haben sie einen Impfpass?	Ja:	Nein:
Wann letzte Impfung?		

	Ja/ Dioptrien?	Nein
Brille /Kontaktlinsen		

Körpergröße	
Gewicht	

Für Patientinnen:

	Ja	Nein
Geburten / wie viele		
Fehlgeburten		
Menstruationsbeschwerden		
Verhütung		

Bei seelischen Beschwerden:

	Ja	Nein
Schlafen Sie gut?		
Haben Sie Freude an Dingen, verloren, die Ihnen früher immer Spaß gemacht haben?		
Fühlen Sie sich häufig einsam?		
Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen?		
Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Alltagsaufgaben zu bewältigen? (Zuhause/Beruf)		
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Gedanken ständig um die gleichen Probleme kreisen?		
Haben Sie Probleme sich unter vielen Menschen zu bewegen?		
Haben Sie Ängste?		

Reinheim, den**Unterschrift Patient:**

Dürfen wir Sie regelmäßig auf Prophylaxe - Maßnahmen, wie Impfungen Gesundheitsuntersuchung (Check up) usw. ansprechen bzw. erinnern?