



Privatpraxis für ganzheitliche Medizin und Prävention  
Dr. med. Sigrid Hübschmann

## Anamnesefragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus.  
Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

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

männlich:  weiblich:  Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Tel.-Festnetz: \_\_\_\_\_

Angestellt bei: \_\_\_\_\_ Tel.-Mobil: \_\_\_\_\_

Selbständig

### Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

|            |                             |                               |
|------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Masern     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Röteln     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Windpocken | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Mumps      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Scharlach  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

### Hatten Sie Operationen?

|           |                             |                               |
|-----------|-----------------------------|-------------------------------|
| Blinddarm | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Mandeln   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

### Sonstige Operationen / Verletzungen / Unfälle / Narben:

---

---

## Vorerkrankungen?

|                                       |    |                          |      |                          |
|---------------------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Bluthochdruck                         | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit                   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Magenerkrankung                       | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung                       | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung                      | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Hautkrankheit                         | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung               | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Harnsäurestoffwechsel-Störung (Gicht) | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Gelenk Rheuma                         | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose                           | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Aids                                  | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Leberentzündung                       | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Asthma                                | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankheit                         | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| psychische Erkrankung                 | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden                         | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Vorerkrankungen:

---

---

## Allergien gegen?

|                              |    |                          |      |                          |
|------------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Penicillin                   | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Aspirin (Acetylsalicylsäure) | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Blütenstaub                  | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Tierhaare                    | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Hausstaubmilben              | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsmittel               | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Metalle                      | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

Welche Metalle?

---

---

**Psych. Erkrankung / Belastungen?**

ja  nein

**Sonstige Vorerkrankungen / Kontakt zu Giften  
(Spritzmittel, Abgase, Amalgam u.v.m.)**

ja  nein

**Familienvorgeschichte?**

Bluthochdruck ja  nein

Blutzuckerkrankheit ja  nein

Fettstoffwechsel ja  nein

Herzinfarkt ja  nein

Asthma ja  nein

Krebs ja  nein

Wenn ja, welcher?

\_\_\_\_\_

**Sonstiges:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Raucher?**

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_ Jahren

**Alkohol?**

Wenn ja, wie oft? täglich  1-2 x pro Woche  3-4 x pro Woche

Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Körpergröße (in cm):**

\_\_\_\_\_

**Gewicht (in kg):**

\_\_\_\_\_

**Sie besitzen Impfschutz gegen:**

|             |    |                          |      |                          |
|-------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Tetanus     | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Diphtherie  | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Polio       | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Mumps       | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis A | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis B | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Röteln      | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

ist mir unbekannt ! Bitte reichen Sie bei Gelegenheit Ihren Impfpass zur Überprüfung in unserer Praxis vorbei. Vielen Dank.

**Tragen Sie eine Brille?**

Wenn ja, Dioptrien:

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.  
Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Praxis