

!!! ACHTUNG: Vertrauliche medizinische Dokumente !!!

Dieser Bogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Meldung von Erkrankungen entsprechend IfSG bzw. AsylG erfolgt bei Bedarf durch die/den erhebende/n Ärztin/Arzt. **Einsichtnahme in diesen Bogen durch oder Übermittlung an nicht-medizinisches Personal (auch Behörden oder Bundesamt) ist nicht gestattet!**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus! Die Antworten sind wichtig für Ihren Arzt/Ihre Ärztin, um ihren Gesundheitszustand einschätzen und Ihnen bei Problemen helfen zu können.

Selbstverständlich gilt für alles, was Sie auf diesem Bogen eintragen, die ärztliche Schweigepflicht: Nur Ihr Arzt/Ihre Ärztin werden diesen Bogen auswerten. Ihr Arzt/Ihre Ärztin darf diese Informationen nur weitergeben, wenn Sie damit einverstanden sind!

Wenn Sie medizinische Unterlagen bei sich haben, bringen Sie diese zum Arzt/zur Ärztin mit. Bitte bringen Sie auch Ihren Impfpass mit (wenn vorhanden)!

A Name

B Geburtsdatum

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

C Geschlecht

weiblich

männlich

keine Angabe

D Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?



sehr gut



gut



mittelmäßig



schlecht



sehr schlecht

E Haben Sie aktuell Beschwerden, für die Sie medizinische Hilfe brauchen?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Fieber | <input type="checkbox"/> 6 Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> 11 Beschwerden im Genitalbereich |
| <input type="checkbox"/> 2 Erkältung | <input type="checkbox"/> 7 Magenprobleme | <input type="checkbox"/> 12 Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> 3 Erbrechen | <input type="checkbox"/> 8 Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> 13 Zahnprobleme |
| <input type="checkbox"/> 4 Durchfall | <input type="checkbox"/> 9 Schmerzen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> 14 Hautprobleme |
| <input type="checkbox"/> 5 Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> 10 „Frauenprobleme“/„Männerprobleme“ | |
| <input type="checkbox"/> 0 anderes | | |
-

F Haben Sie eine chronische Erkrankung?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> 7 Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> 12 Lähmung |
| <input type="checkbox"/> 2 Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> 8 HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> 13 Epilepsie/Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> 3 Chronische Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> 9 Thrombose | <input type="checkbox"/> 14 Krebs |
| <input type="checkbox"/> 4 Asthma/Chronische Lungenerkrankung | | <input type="checkbox"/> 15 Genetische Krankheit |
| <input type="checkbox"/> 5 Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> 10 Hämophilie (Bluter) | <input type="checkbox"/> 16 Depression |
| <input type="checkbox"/> 6 Rheuma | <input type="checkbox"/> 11 Schlaganfall | <input type="checkbox"/> 17 sonst. psychiatrisches Problem |
| <input type="checkbox"/> 0 anderes | | |
-

G Hatten Sie schon einmal eine allergische Reaktion?

- 1 Impfung
- 2 Antibiotika (Penicillin, ...)
- 3 andere Medikamente
- 0 anderes
- 4 Latex
- 5 Wespenstich
- 6 Essen (Lebensmittel)
- 7 Pollen (Heuschnupfen)

H Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Was? (Name)	Wie viel? (Stärke/Dosierung)	Wie oft am Tag?

I Wie häufig hatten Sie in den letzten zwei Wochen die folgenden Probleme?

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A4	<input type="checkbox"/> A5
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> B4	<input type="checkbox"/> B5
andere Schmerzen	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> C3	<input type="checkbox"/> C4	<input type="checkbox"/> C5
Fieber	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	<input type="checkbox"/> D5
Husten	<input type="checkbox"/> E1	<input type="checkbox"/> E2	<input type="checkbox"/> E3	<input type="checkbox"/> E4	<input type="checkbox"/> E5
Durchfall	<input type="checkbox"/> F1	<input type="checkbox"/> F2	<input type="checkbox"/> F3	<input type="checkbox"/> F4	<input type="checkbox"/> F5
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3	<input type="checkbox"/> G4	<input type="checkbox"/> G5
Alpträume	<input type="checkbox"/> H1	<input type="checkbox"/> H2	<input type="checkbox"/> H3	<input type="checkbox"/> H4	<input type="checkbox"/> H5
Angstgefühl	<input type="checkbox"/> I1	<input type="checkbox"/> I2	<input type="checkbox"/> I3	<input type="checkbox"/> I4	<input type="checkbox"/> I5
Gefühl von Traurigkeit	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> J3	<input type="checkbox"/> J4	<input type="checkbox"/> J5
Überwältigende Erinnerungen an schlimme Dinge, die ich erlebt habe	<input type="checkbox"/> K1	<input type="checkbox"/> K2	<input type="checkbox"/> K3	<input type="checkbox"/> K4	<input type="checkbox"/> K5
Gefühl, nicht mehr leben zu wollen	<input type="checkbox"/> L1	<input type="checkbox"/> L2	<input type="checkbox"/> L3	<input type="checkbox"/> L4	<input type="checkbox"/> L5

J Hat sich Ihr Gewicht in den letzten sechs Monaten geändert?

- 0 nein
- + ja, _____ kg zugenommen
- ja, _____ kg abgenommen

K (für Frauen) Sind Sie schwanger?

- 0 nein
- + ja, im _____ Monat
- ? Ich weiß es nicht

Woher erhalte ich diesen Anamnesebogen?

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Dieser Anamnesebogen wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt. Er ist in einer Reihe von verschiedenen Sprachen und in verschiedenen Varianten für unterschiedliche Einsatzzwecke verfügbar. Die jeweils aktuellste Version kann auf der Internetseite der BZgA heruntergeladen werden. Bei diesem Bogen handelt es sich um die Variante A1 Deutsch Version 0.8, erstellt am: 19. April 2017