

Anamnesebogen

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	Telefon privat:
Beruf:	Handynummer:
Körpergröße:	Gewicht:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Sonstige wichtige medizinische Informationen:

	Ja	Nein
Herzinfarkt → Wenn ja, wann?		
Herzinsuffizienz		
Herzrhythmusstörung		
KHK		
Schlaganfall → wenn ja, wann?		
Niedriger Blutdruck		
Bluthochdruck		
Gerinnungsstörung		
Depressionen		
Migräne/regelmäßige Kopfschmerzen		
Asthma bronchiale		
COPD		
Rheumatische Erkrankung		
Epilepsie		
Multiple Sklerose		
Morbus Parkinson		
Diabetes mellitus		
Schilddrüsenüberfunktion		
Schilddrüsenunterfunktion		
HIV/AIDS		
Tumorerkrankung		
Röteln, Masern, Mumps, Diphtherie, Pertussis → wenn ja, wann?		
Morbus Crohn/Colitis ulcerosa		
Chronische Gastritis		
Bandscheibenvorfall		
Gicht		
Operationen → wenn ja, welche?		
Allergien → wenn ja, welche?		

	Ja	Nein
Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit stark verändert?		
Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? → wenn ja, welche?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? → wenn ja, welche?		
Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Alkohol und/oder Drogen zu sich? → wenn ja, welche?		
Rauchen Sie? → wenn ja, was und wie viel pro Tag?		
Sind Sie z.Z. schwanger? → wenn ja, in welcher Woche?		
Besitzen Sie einen Impfpass? → wenn ja, bitte vorlegen.		
Waren Sie vorher bei einem Hausarzt in Behandlung? → wenn ja, bitte Namen und Adresse angeben:		
Sind Sie regelmäßig bei Fachärzten in Behandlung? → wenn ja, nennen Sie bitte die Fachrichtung und den Namen des Arztes		