

Anamnese-Bogen

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir viele Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in einem ausführlichen Anamnesebogen, der alle nötigen Fragen beinhaltet.

Patient:

Name:	Vorname:
geb. am:	Alter in Jahren:
Geschlecht: weiblich männlich	Größe in cm:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gewicht in kg:

Ihre Gewohnheiten?

	Ja	Nein			
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wieviel	_____	Seit wann
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft	_____	Welchen
Haben Sie viel Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft	_____	Welchen
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft	_____	Welchen
Essen Sie frisches Gemüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft	_____	Wieviel
Essen Sie regelmäßig Seefisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft	_____	Wieviel
Essen Sie Fleisch und Wurst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft	_____	Wieviel
Schlafen Sie ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	Stunden pro Nacht

Haben Sie Beschwerden an bzw. mit

	Ja	Nein	Welche?
Kopf/ Hals/ Schilddrüse/ Zähnen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz/ Kreislaufsystem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lunge/ Atemwegen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen/ Darmssystem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niere/Harnsystem/Genital/Sexualität:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nerven/Knochen/Muskeln/Gelenken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haut:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Haben Sie

	Ja	Nein	Welche?
bestehende Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
frühere Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
frühere Operationen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
erhöhter Blutdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
erhöhte Blutfette:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übergewicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Anamnese-Bogen

Fortsetzung

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Art	Häufigkeit	Seit wann?

Gibt es in Ihrer Familie?

	Ja	Nein	Bei welchen Verwandten?
Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfälle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übergewicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebsleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheuma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rücken- und Gelenkkrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Therapien, Kuren:

Art	Datum

Bei Bedarf kontaktieren Sie mich bitte

- per Telefon unter folgender Nummer: _____
- per E-Mail unter folgender E-Mail-Adresse: _____
- per Post unter folgender Anschrift: _____

Datum _____ Unterschrift _____