

# Anamnesebogen

## Persönliche Daten

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Beruf \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Aktuelle Adresse \_\_\_\_\_

Voriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

(Name /Adresse) \_\_\_\_\_

## Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt? (Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Thrombose Wann?.....
<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt Wann?.....	<input type="checkbox"/>	Lungenembolie Wann?.....
<input type="checkbox"/>	Herzfehler	<input type="checkbox"/>	Krampfadern
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall Wann?.....	<input type="checkbox"/>	Diabetes Typ?.....
<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	Asthma
<input type="checkbox"/>	Neurologische Erkrankungen Was?.....	<input type="checkbox"/>	COPD
<input type="checkbox"/>	Psychische Beschwerden Was?.....	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Nierensteine	<input type="checkbox"/>	Rheuma
<input type="checkbox"/>	Gallensteine OP?.....	<input type="checkbox"/>	Gicht
<input type="checkbox"/>	Magenbeschwerden Was?.....	<input type="checkbox"/>	Krebs Art?.....
<input type="checkbox"/>	Darmbeschwerden Was?.....	<input type="checkbox"/>	Prostataleiden
<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankungen
<input type="checkbox"/>	Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	Geschlechtskrankheiten
<input type="checkbox"/>	Grüner Star OP?.....	<input type="checkbox"/>	Bandscheibenschaden Wo?.....
<input type="checkbox"/>	Grauer Star	<input type="checkbox"/>	Gelenkbeschwerden Wo?.....
<input type="checkbox"/>	Kurzsichtigkeit	<input type="checkbox"/>	Sonstiges ..... .....
<input type="checkbox"/>	Weitsichtigkeit		

## Hatten Sie eine/mehrere der folgenden Kinderkrankheiten?

<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	Mumps
<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	Scharlach
<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	Sonstiges .....

## Ihre bisherigen Krankenhausaufenthalte?

Wann?	Warum?

## Medikamentenanamnese

Medikamentenplan vorhanden?  Ja  Nein

Name des Medikaments (mit Stärke)	morgens	mittags	abends

Rauchen Sie, wenn Ja seit wann und wie viele Zigaretten am Tag?

\_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol, wenn Ja was und wie viel?

\_\_\_\_\_

Sind Allergien bekannt, wenn Ja  
wogegen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Unverträglichkeiten bekannt, wenn Ja, wogegen?

\_\_\_\_\_

Haben sie Hilfsmittel, wie z.B. Brille, Rollator, Rollstuhl, Gehstützen

\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Pflegegrad oder einen Schwerbeschädigtenausweis, wenn ja, welchen?

\_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung (Check- Up, alle 3 Jahre)

\_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung beim Urologen/Gynäkologen?

\_\_\_\_\_

Wann war Ihr letztes Hautkrebsscreening?

\_\_\_\_\_

## Familienanamnese

(kreuzen Sie die jeweilige Erkrankung an und schreiben Sie Ihr Familienmitglied auf. Relevante Familienmitglieder: Oma, Opa, Mama, Papa, Geschwister.)

	Ankreuzen was Zutrifft	Familienmitglied
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/>	Übergewicht	
<input type="checkbox"/>	Diabetes	
<input type="checkbox"/>	Krebs (Art?).....	
<input type="checkbox"/>	Asthma	
<input type="checkbox"/>	COPD	
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	
<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	
<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	

**Bitte bringen Sie zum nächsten Termin Ihren Impfausweis mit. Danke.**