

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten	Datum:
Name: _____ Vorname: _____	
Geburtsdatum: _____	
Telefon: _____ Handy: _____	
E-Mail: _____	

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen, erhöhte Cholesterinwerte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose, am _____ wo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenembolie, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darmerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien, welche _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gicht

Wurden bei Ihnen Krankenhaus- oder Facharztbehandlungen bzw. Operationen vorgenommen, wenn ja, wann, warum und wo?

Jahr	Erkrankung	Behandelt in/bei (bitte Name der Klinik oder der Praxis angeben)

--	--	--

Bitte wenden!!!!

Sind folgende Erkrankungen in Ihrer blutsverwandten Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) aufgetreten?

Ja	Nein		Bei wem? In welchem Alter?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koronare Herzkrankheit („Bypass-OP, Stent“)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs, welcher?	

Rauchen Sie?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann und wie viel pro Tag? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe bis _____ geraucht.

Welchen Beruf üb(t)en Sie aus? _____

Trinken Sie Alkohol?

<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Ja, regelmässig _____/24 h	<input type="checkbox"/> Ja, gelegentlich _____
<input type="checkbox"/> Ich habe früher regelmäßig Alkohol getrunken		

Welche Medikamentenunverträglichkeiten sind bekannt?

Medikament	Unverträglichkeitserscheinung	Zeitraum der Einnahme

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Medikament	Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Nacht	Bemerkungen

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!