

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

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

Vorname _____ Nachname _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____ Mobil _____

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

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KHK, Herzinfarkt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckererkrankung (Diabetes mellitus)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Infektionskrankheiten (Hepatitis / HIV)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen (Asthma / COPD)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose oder Lungenembolie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen (z. B. grüner oder grauer Star)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen (Depressionen / Psychosen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen / Unfälle: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten oder Stimmungsaufheller?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien? Unverträglichkeiten? (z.B. Medikamente)

Wie groß sind Sie? _____ cm Wieviel wiegen Sie? _____ kg

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Ja Nein

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gesundheitsuntersuchung / Check-up |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebsfrüherkennung / Hautkrebsscreening |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Darmspiegelung |

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament	morgens	mittags	abends

Sind in Ihrer Familie (Mutter / Vater / Geschwister) folgende Krankheiten bekannt?

Ja Nein

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | KHK / Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckererkrankung (Diabetes mellitus) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutungsstörungen, Bluterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose oder Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen (Depressionen / Psychosen) |

Familienstand _____ **Kinder** _____

Beruf _____

Hobbys / Sport (Welcher?) _____