

# Anamnese-Bogen

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir 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. Selbstverständlich werden ihre Angaben vertraulich behandelt.

Patient:

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

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/ Darmsystem:	<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"/>	_____

Fortsetzung

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Art	Häufigkeit	Seit wann?

Gibt es in Ihrer Familie?

Ja      Nein

Bei welchen Verwandten?

- Herzerkrankungen:
- Bluthochdruck:
- Schlaganfälle:
- Übergewicht:
- Zuckerkrankheit:
- Krebsleiden:
- Rheuma:
- Rücken- und Gelenkkrankheiten:
- andere Krankheiten:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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 \_\_\_\_\_