



# ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,  
um sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

## KONTAKTANGABEN

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Handy

\_\_\_\_\_  
Beruf

## ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEITSSITUATION

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit  
an einer der folgenden Erkrankungen?

Ja

Nein

Seit wann?

Bluthochdruck

Herzkrankgefäße, Herzinfarkt

Herzerkrankungen

Schlaganfall

Durchblutungsstörungen der Beine

Zuckerkrankheit/Diabetes

Fettstoffwechselstörungen

Tumorerkrankungen

Lebererkrankungen

Chronische Infektionskrankheiten

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen

Lungenerkrankungen, COPD/Asthma

Thrombose oder Lungenembolie

Augenerkrankungen

Psychische Erkrankungen

Krampfleiden/neurologische Erkrankungen

Operationen/Unfälle

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: \_\_\_\_\_

Nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel: \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZU ALLERGIEN

	Ja	Nein
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegen Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, gegen welche?	<input type="text"/>	
Andere Allergien?	<input type="text"/>	

Wie groß sind Sie:

cm

Wieviel wiegen Sie:

kg

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

MEDIKAMENT	STÄRKE (mg)	DOSIERUNG
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

	Ja	Nein
Herzkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmspiegelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung ihr Impfbuch mit.**

## FAMILIENANAMNESE

Sind Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, -erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose und Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wir danken für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab.  
Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.**