

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten, dieser Bogen ersetzt nicht das ärztliche Gespräch, erleichtert aber unsere Arbeit. Alle Angaben sind freiwillig, bitte antworten Sie wahrheitsgemäß.

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Soziale Situation:

Familienstand: _____ jetzige Tätigkeit: _____

Besteht eine anerkannte Berufskrankheit: Ja, seit: _____ Nein

Wenn ja, welche: _____

Besteht ein anerkannter Pflegegrad: Ja, seit: _____ Nein

Wenn ja, welcher: _____

Besteht ein anerkannter Grad der Behinderung: Ja, seit: _____ Nein

Wenn ja, welcher: _____

Kinderkrankheiten:

Verletzungen/Operationen/Krankenhausaufenthalte:

Welche	Jahr	Klinik

Besteht bei Ihnen ein Bluthochdruck? Ja, seit: Nein

Leiden Sie an Diabetes mellitus (1/2)? Ja, seit: Nein

Sind bei Ihnen selbst oder in Ihrem familiären Umfeld folgende Krankheiten aufgetreten?

	bei mir ja/nein	mein behandelnder Facharzt	Familie ja/nein
Herzkrankheiten			
Herzinfarkt			
Schlaganfall			
Durchblutungsstörungen (Beine)			
Einengung der Halsgefäße			
Fettstoffwechselstörungen			
Nierenkrankheiten			
Lungenkrankheiten			
Blutkrankheiten			
Rheumatische Erkrankungen			
Krebserkrankungen			
Nerven- und Gemüteserkrankungen			
Hautkrankheiten			

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte Medikamentenplan mitbringen oder hier eintragen:

Benötigen Sie gelegentlich Schmerz-/Schlaf- oder Aufbau-Medikamente?

Ja

Nein

Wenn ja, welche:

Haben Sie Allergien?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und seit wann (bitte, wenn vorhanden, Allergieausweis mitbringen):

Leiden Sie unter Unverträglichkeiten gegenüber Nahrungsmitteln/Medikamenten?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und seit wann:

Haben Sie einen Impfausweis?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte mitbringen.

Ihre Gewohnheiten:

- Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein
- Essen Sie ausschließlich vegetarisch? Ja – seit _____ Nein
- Essen Sie ausschließlich vegan? Ja – seit _____ Nein
- Rauchen Sie? Ja – seit _____ Nein
- Haben Sie früher geraucht? Ja – bis _____ Nein
- Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

Datum:

Unterschrift Patient:

Vielen Dank für die Informationen. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz.