

Anamnesebogen

Patienten-Name :

Geburtsdatum :

Telefon/ Handy :

E-Mail :

Größe :

Gewicht :

Rauchen Sie? nein ja, ____ Zigaretten/ Tag

Trinken Sie Alkohol? nein gelegentlich regelmäßig

Sind Sie Träger von : Hörgeräten Brille/Kontaktlinsen
 Herzschrittmacher

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante, Großeltern) bekannt?

Herzinfarkt ja bei wem? _____

Bluthochdruck ja bei wem? _____

Diabetes ja bei wem? _____

Schlaganfall ja bei wem? _____

Darmkrebs ja bei wem? _____

Brustkrebs ja bei wem? _____

Krebs, sonst. ja bei wem? _____

Welche Art? _____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|----|
| Keine | <input type="checkbox"/> | ja | Schwindelanfälle | <input type="checkbox"/> | ja |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | ja | Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> | ja |
| Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> | ja | Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | ja |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | ja | Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | ja |
| Zu hohes Cholesterin | <input type="checkbox"/> | ja | Gicht | <input type="checkbox"/> | ja |
| Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja | Rheuma | <input type="checkbox"/> | ja |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja | Asthma/chron. Bronchitis | <input type="checkbox"/> | ja |
| Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja | Epilepsie | <input type="checkbox"/> | ja |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> | ja | Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | ja | Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> | ja |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | ja | Allergien | <input type="checkbox"/> | ja |
| Krebs | <input type="checkbox"/> | ja | Welche? _____ | | |

Welche Art? _____

In welcher fachärztlichen Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?

- | | | | | | |
|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Lungenarzt | <input type="checkbox"/> | Orthopäde | <input type="checkbox"/> | Urologe | <input type="checkbox"/> |
| Kardiologe | <input type="checkbox"/> | Neurologe | <input type="checkbox"/> | Sonstiges: | _____ |

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

Keine

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein

ja

Wenn ja, welche? _____

Aktuelle Beschwerden

- | | | | |
|------------------------------|--|--|---------------------------------|
| Durst | <input type="checkbox"/> vermehrt | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> normal |
| Appetit | <input type="checkbox"/> vermehrt | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> normal |
| Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> normal |
| Wasserlassen | <input type="checkbox"/> mit Brennen | <input type="checkbox"/> nachts öfter | <input type="checkbox"/> normal |
| Monatsblutungen | <input type="checkbox"/> schmerzhaft | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> keine |
| | <input type="checkbox"/> regelmäßig | | |
| Nachtschwitzen | <input type="checkbox"/> vermehrt | | <input type="checkbox"/> normal |
| Gewichtsschwankungen | <input type="checkbox"/> Zunahme __ kg | <input type="checkbox"/> Abnahme __ kg | <input type="checkbox"/> stabil |
| Mir ist oft kalt/warm | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich schwitze übermäßig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich habe oft Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich habe Luftnot/ Luftmangel | <input type="checkbox"/> im Liegen | <input type="checkbox"/> beim Treppensteigen | |
| | <input type="checkbox"/> bei Aufregung | | |