



### Anamnesebogen

Die folgenden Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dienen ausschließlich dem internen Gebrauch.

#### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ ggf. E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer: \_\_\_\_\_

#### Allgemeine Anamnese

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
 Rauchen Sie?  Ja  Nein Wie viel tgl.? \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
 Trinken Sie Alkohol?  Ja  Nein  gelegentlich  
 Wie oft? \_\_\_\_\_ Menge: \_\_\_\_\_

#### Allergien

Allergien gegen Medikamente bekannt? Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Andere Allergien oder Unverträglichkeiten? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### Vorsorge

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung (Check up 35)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### Impfungen

Besitzen Sie einen Impfpass? Wenn ja, bringen Sie diesen zu Ihrem nächsten Termin mit. Wir überprüfen Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit.

#### Vorerkrankungen

Bluthochdruck  Ja  Nein  
 Diabetes mellitus  Ja  Nein  
 Lungenerkrankungen  Ja  Nein  
 (Tbc, COPD, Asthma)  
 Herzerkrankungen  Ja  Nein

Psychische -  Ja  Nein  
 Erkrankungen  
 Anfallsleiden  Ja  Nein  
 (Epilepsie)  
 Sonstige  Ja  Nein  
 Erkrankungen \_\_\_\_\_



Bestehen oder bestanden bei nahen Verwandten (Eltern, Großeltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen??

Bluthochdruck  Ja  Nein

Diabetes mellitus  Ja  Nein

Herzinfarkt  Ja  Nein

Schlaganfall  Ja  Nein

Fettstoffwechselerkrankungen  Ja  Nein

Krebs  Ja  Nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Datum, Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_