

Anamnesebogen

Persönliche Daten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Mobil:

E-Mail:

Sind Sie einverstanden, dass wir Sie, sollte es zu (krankheitsbedingten) kurzfristigen Terminänderungen kommen, per SMS kontaktieren?:

ja

nein

Kontaktadresse Angehörige bei Notfällen:

Bisheriger Hausarzt:

Sonstige behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung):

Pflegegrad: keiner / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 : seit wann:

Schwerbeschädigung: ja: _____% zeitl. befristet bis: nein

wegen welcher Funktionseinschränkung:

Sozialanamnese

Familienstand:

Anzahl der Kinder:

erlernter Beruf:

, jetzige Tätigkeit:

Allergien

Medikamente:

Lebensmittel:

Bienen-/ Wespengift:

Andere:

Allergischer Schock mit Luftnot in der Vergangenheit: ja nein

Persönliche Risikofaktoren:

Größe: cm Gewicht: kg

Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten:

zugenommen: kg abgenommen: kg stabil

Rauchen Sie?: ja nein

Wenn ja: ____ Zigaretten/ Tag; Nicht mehr seit: _____

Trinken Sie Alkohol? ja nein

Wenn ja: _____/ Woche

Sportliche Aktivitäten: ja nein

Andere Risikofaktoren / Probleme?

(Familien-) Vorgeschichte:

Kommen bei Ihren Blutsverwandten bzw. bei Ihnen folgende Erkrankungen vor?

Kreuzen Sie ggf. bitte **an**: ob bei **V**- Vater, **M**- Mutter, **G**- Geschwistern, bzw. bei Ihnen!

Familie					Eigene Erkrankungen		
nein	ja				nein	ja	
	V	M	G		seit (Jahr)	Krankenhaus (Jahr)	Facharzt (Jahr)
				Bluthochdruck			
				Herzinfarkt			
				Schlaganfall			
				Zuckerkrankheit			
				Hohe Blutfette			
				Nieren-/Blasenerkrankung			
				Lungenerkrankung			
				Brustkrebs			
				Darmkrebs			
				Hautkrebs			
				andere Krebserkrankung			
				Gemütererkrankung			
				Schilddrüsenerkrankung			
				Nerven/Anfallsleiden			
				Magen/Darmerkrankung			
				Leber/Galleerkrankung			
				Sonstige Erkrankungen			

Weitere eigene Vorerkrankungen:

Erkrankung	nein	ja	seit (Jahr)	Krankenhaus (Jahr)	Facharzt (Jahr)
Venenerkrankung					
Hauterkrankung					
Augenerkrankung					
Ohrenerkrankung					
Wirbelsäulenerkrankung					
Gelenkerkrankung					
Rheuma					
bei Frauen: Geburten					

Vorsorgeuntersuchungen:

Untersuchung	Bei welchem Facharzt / in welchem Jahr
Gesundheitscheck	
Hautcheck	
Krebsvorsorge (Gynäkologe/Urologe)	
Darmkrebsvorsorge (Spiegelung)	

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!