

**ANAMNESE-BOGEN**

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir viele Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankheitsgeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte.

Diese Informationen erfassen wir in diesem ausführlichen Anamnesebogen.

Vielen Dank für Ihr Bemühen!

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsort/ Land: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weiblich: \_\_\_ Männlich: \_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg

Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ihre Gewohnheiten**

Rauchen Sie? Ja Nein Wieviel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seit wann\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein Wie oft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Welchen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie viel Streß? Ja Nein Welchen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? Ja Nein Welchen und wieviel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Essen Sie frisches Gemüse? Ja Nein Selten Häufig täglich

Essen Sie Fleisch und Wurst? Ja Nein Selten häufig täglich

Schlafen Sie ausreichend? J Nein Wieviel Stunden pro Nacht? \_\_\_\_\_\_\_\_

**Haben Sie Beschwerden mit**

Kopf/Hals Schilddrüse/ Zähnen? Ja Nein Welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Herz/Kreislaufsystem? Ja Nein Welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lunge / Atemwege? Ja Nein Welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nieren/ Harnsystem/ Genital/ Sexualität? Ja Nein Welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nerven/ Knochen/ Muskeln/ Gelenke? Ja Nein Welche\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haut? Ja Nein Welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstige Beschwerden:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erkrankungen in der Familie?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Impfausweis? Ja Nein

*(Bitte beim nächsten Mal, spätestens zum nächsten Check up mitbringen, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus)*

Wann waren Sie das letzte Mal beim Arzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weswegen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wann war der letzte Check Up?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte nennen Sie und Name und Adresse des vorherigen Hausarztes:

……………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………….

Welche Medikamente nehmen Sie und wie oft am Tag

*(Falls Sie einen Medikamentenplan haben, bitte mitbringen)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Morgens | Mittags | Abends |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Nennen Sie bitte Krankenhausaufenthalte, Operationen

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wann |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Bei Bedarf kontaktieren Sie mich bitte

0 Per Telefon unter folgender Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Per email unter folgender E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Per Post unter folgender Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Vielen Dank!*