

Anamnesebogen Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

-> Erreichbarkeit: per eMail: \_\_\_\_\_

per Festnetz und/oder Mobil: \_\_\_\_\_

-> Angaben zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte (Eigenanamnese):

Liegen oder lagen Störungen an folgenden Organen/Systemen vor? Wenn ja, welche? **Ja** **Nein**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Herz.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kreislauf/Blutgefäße .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lunge.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leber/Galle .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bauchspeicheldrüse .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| chronische Magen-/Darmerkrankungen .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niere .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blase und Geschlechtsorgane .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nervenschädigungen .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankungen .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orthopädische Störungen/Knochenbrüche.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüse.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stoffwechselstörungen (z.B. Gicht, Diabetes, Cholesterin)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumor-/Krebserkrankung .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Rauchverhalten: aktiv mit \_\_\_\_ Stück/Tag; Exraucher seit: \_\_\_\_\_; nie geraucht

Alkoholkonsum: Menge/Woche:.....

Drogenkonsum: .....

Sind chronische Infektionskrankheiten wie z.B. HIV, Hepatitis, TBC o.a. bekannt?.....

.....

Waren Sie an Covid-19 erkrankt, wenn ja wann: \_\_\_\_\_.

Wurden Sie gegen Covid-19 geimpft, wenn ja, wie oft: insgesamt \_\_\_\_\_Mal .....

Fanden bei Ihnen bereits irgendwelche Operationen statt? Wenn ja, wann und was? ....

.....

.....

.....

.....

Wurden bei Ihnen bereits Diagnosen gestellt? Wenn ja, welche? .....

.....

.....

.....

Treiben Sie regelmäßig Sport? .....nicht möglich  .....

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (kurz DMP) teil? .....

z.B:  Diabetes Mellitus  Koronare Herzkrankheit  Asthma  COPD

Anamnesebogen für Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder diätetischen Lebensmittel nehmen Sie regelmäßig?  
Bitte, wenn vorhanden, Dosierplan beifügen oder Medikation in der Tabelle ergänzen:

Medikamentenname	Einnahme:	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

**-> Angaben zu Ihrer Familien-Anamnese:**

Welche Erkrankungen gibt/gab es bei Großeltern, Eltern, Geschwistern, Kindern?	Ja	Nein	?
Herz (wer?): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislauf(wer?):.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall (wer?): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (wer?):.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung(Cholesterin) (wer?): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor-/Krebserkrankung (wer?):.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sonstige vererbte Erkrankungen bei Ihnen oder Blutsverwandten bekannt?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			

**-> Angaben zu Ihrer Sozial-Anamnese:**

Familienstand: .....

Kinder (Geschlecht/Jahr): ...../..... ...../..... ...../..... ...../..... ...../.....

Beruf:...../Arbeitgeber: .....

**-> Vorsorge:**

Letzte Vorsorge-/Gesundheitsuntersuchung (Monat/Jahr): ...../.....

Letzte Krebsvorsorge (Monat/Jahr): ...../..... Gynäkologe/Urologe:.....

Impfungen gegen (Monat/Jahr): Tetanus ...../..... Diphtherie ...../.....

Polio (Kinderlähmung) ...../..... (Bitte Impfpass wenn mgl. mitbringen).....

Sonstige Impfungen: .....

.....

Sonstiges: .....

.....

Datum: .....

Unterschrift: .....