

Bitte den Fragebogen während Ihrer Wartezeit ausfüllen und unterschreiben.

Eigenanamnese (Anamnese–Vorgeschichte):

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 oder Exraucher seit: _____ oder nie geraucht	<input type="checkbox"/>	
Alkohol Menge/Woche:		
Drogen:.....		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder spezielle Diäten ein?

.....

Medikamente bitte auf Medikamentenblatt eintragen (erhältlich an der Anmeldung).

Sind chronische Infektionskrankheiten wie z. B. HIV, Hepatitis, TBC oder andere bei ihnen bekannt?.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte wenden!

Familienanamnese:

Gibt es Erkrankungen bei Großeltern, Eltern, Geschwistern und/oder Kindern in folgenden Bereichen? Wenn ja, Wer?

	Ja	Nein	?
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislauf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung(Cholesterin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor-/Krebserkrankung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind vererbliche (genetische) Erkrankungen bei Ihnen oder Blutsverwandten bekannt?

.....

Sozialanamnese:

Familienstand:

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

Beruf:

Arbeitgeber:

Vorsorge:

Letzte Vorsorge-/Gesundheitsuntersuchung (Monat/Jahr):

betreuender Gynäkologe/Urologe:.....

Letzte gynäkologische/urologische Kontrolle/Krebsvorsorge(Monat/Jahr):

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

Polio (Kinderlähmung)/.....

Sonstige Impfungen: Bitte Impfausweis wenn mgl. vorlegen.

.....

Sonstiges:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum: Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Ergänzungen durch Hausarzt:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....