

Anamnesebogen

Angaben zum Patienten	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
E-Mail, Telefonnummer:	
Telefonnummer Angehöriger: <u>Bei Minderjährigen:</u> Vorname, Name, Tel. Nummer, Adresse des Elternteils	
Private Versicherung	<input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Postbeamtentarif
Angaben zu Ihrer Gesundheit	
Haben sie Allergien? wenn Ja: welche oder gegen was?	<input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ? wenn Ja : welche, wann und wie oft ?	<input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein
Liegen akute oder Chronische Erkrankungen vor?	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) <input type="checkbox"/> Asthma / COPD <input type="checkbox"/> Herzerkrankung/ Gefäßerkrankung <input type="checkbox"/> Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Lebererkrankung <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung <input type="checkbox"/> Infektionserkrankung (Hepatitis, HIV, Tuberkulose, MRSA etc) <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung

	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule/ Gelenk/ Knochenerkrankung <input type="checkbox"/> Fett-/Stoffwechselstörung
Wurden bereits Operationen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja, folgende: <input type="checkbox"/> Nein
Impfpass vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja , bitte vorlegen <input type="checkbox"/> Nein
Gegen COVID geimpft ?	<input type="checkbox"/> Ja , Wie oft <input type="checkbox"/> Nein
Aktuelles Gewicht	Abnahme <input type="checkbox"/> Zunahme <input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Rauchen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> wie viel
Alkohol	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> wie oft
Vorsorge-Untersuchungen:	
Gesundheitsuntersuchung ab 35 Lj.	<input type="checkbox"/>
Vorsorge Darmspiegelung ab 55. LJ.	<input type="checkbox"/>
Krebsfrüherkennung (Urologe, Gynäkologe)	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsvorsorge ab 35. Lj.	<input type="checkbox"/>
Vorsorge beim Frauenarzt?	<input type="checkbox"/> Ja , Letzte Vorsorge _____ <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mammografie zuletzt	<input type="checkbox"/>

Datum _____

Unterschrift