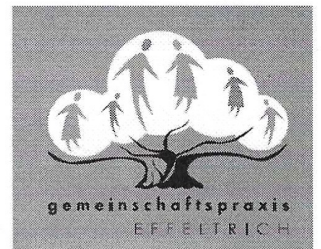


# Anamnesebogen



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

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

Größe und Gewicht: \_\_\_\_\_ Rauchen Sie?: \_\_\_\_\_

Familien-/Wohnsituation (z.B. 2 Kinder (2 + 4 Jahre), wohnen zu 4t zusammen): \_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrer Familie Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Herzinfarkt, Tumore, Schlaganfall): \_\_\_\_\_

Allergien (z.B. Pflaster, Pollen, Antibiotikum): \_\_\_\_\_

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? (Name, Dosierung, Einnahme; z.B. Ramipril 5 mg 1-0-0; ggf. Medikamentenplan abgeben): \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal operiert? (z.B. Leistenbruch, Gallenblase): \_\_\_\_\_

Haben Sie chronische Erkrankungen? (z.B. Bluthochdruck, Diabetes): \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Kontrolle hierfür? (z.B. Langzeitblutdruckmessung, Blutentnahme, Kontrolle beim Facharzt): \_\_\_\_\_

Gehen Sie regelmäßig zu den Vorsorgeuntersuchungen, wenn ja, welche und wann zuletzt? (z.B. Zahnarzt, Frauenarzt, Darmspiegelung, Hautkrebsscreening): \_\_\_\_\_

Haben Sie aktuell medizinische Beschwerden, wenn ja, welche? (z.B. unklarer Gewichtsverlust, psychische Belastung, anhaltende Schmerzen): \_\_\_\_\_

Sonstiges, was Sie beim Arzt ansprechen möchten: \_\_\_\_\_