



Anamnesebogen

Damit ich Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen kann, brauche ich unterschiedliche Informationen von Ihnen zur systematischen Erfassung der gesundheitlichen Vorgeschichte.

Nachname _____

Beruf / Tätigkeit _____

Vorname _____

Körpergröße in cm _____

geb. am _____

Körpergewicht in kg _____

Alter in Jahren _____

Geschlecht: weiblich männlich

IHRE GEWOHNHEITEN:

Ja Nein

- Rauchen Sie? Ja Nein
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein
- Haben Sie viel Stress? Ja Nein
- Treiben Sie Sport? Ja Nein
- Essen Sie frisches Gemüse? Ja Nein
- Essen Sie regelmäßig Fisch? Ja Nein
- Essen Sie Fleisch und Wurst? Ja Nein
- Schlafen Sie ausreichend? Ja Nein

- Wie viel _____ Seit wann _____
- Wie oft _____ Welchen _____
- Wie oft _____ Welchen _____
- Wie oft _____ Welchen _____
- Wie oft _____ Wieviel _____
- Wie oft _____ Wieviel _____
- Wie oft _____ Wieviel _____
- Stunden pro Nacht _____

BESCHWERDEN AN BZW. MIT:

Ja Nein

- Kopf / Hals / Schilddrüse / Zähnen: Ja Nein
- Herz-Kreislauf-System: Ja Nein
- Lunge / Atemwege: Ja Nein
- Magen-Darm-System: Ja Nein
- Niere-Harn-System: Ja Nein
- Genital / Sexualität: Ja Nein
- Nervensystem: Ja Nein
- Knochen / Gelenken: Ja Nein
- Muskeln: Ja Nein
- Haut: Ja Nein
- sonstige Beschwerden: Ja Nein

Welche?

HABEN SIE:

Ja Nein

- bestehende Krankheiten: Ja Nein
- frühere Krankheiten: Ja Nein
- frühere Operationen: Ja Nein
- erhöhten Blutdruck: Ja Nein
- Zuckerkrankheit: Ja Nein
- erhöhte Blutfette: Ja Nein
- Gicht: Ja Nein
- Allergien: Ja Nein
- Übergewicht: Ja Nein

Welche?

GIBT ES IN IHRER FAMILIE:

Ja Nein

Bei welchen Verwandten?

Herzerkrankungen:

Bluthochdruck:

Schlaganfälle:

Übergewicht:

Zuckerkrankheit:

Krebsleiden:

Rheuma:

Rücken- und Gelenkkrankheiten:

sonstige Krankheiten:

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE EIN?

Art

Häufigkeit

Seit wann?

Art	Häufigkeit	Seit wann?
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

NOTIEREN SIE BITTE ALLE KRANKENHAUSAUFENTHALTE, OPERATIONEN, THERAPIEN UND KUREN:

ART

DATUM

ART	DATUM
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----

BEI BEDARF KONTAKTIEREN SIE MICH BITTE:

per Telefon unter folgender Nummer:

per E-Mail unter folgender E-Mail-Adresse:

per Post unter folgender Anschrift:

Datum _____ Unterschrift _____