

## ANAMNESE-BOGEN

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir viele Informationen von Ihnen, z.B. zur Krankheitsgeschichte, Ihrem Lebensumfeld und Ihrer Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in einem ausführlichen Anamnesebogen, der alle nötigen Fragen beinhaltet.

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

geb. am: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Größe in cm: \_\_\_\_\_ Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

### ***Ihre Gewohnheiten:***

Rauchen Sie? ja/nein wie viele/Tag? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelm. Alkohol? ja/nein wie viel/Tag? \_\_\_\_\_ Bier/ Wein/ Schnaps \_\_\_\_\_

Haben Sie viel Stress? ja/nein welchen? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? ja/nein welchen? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_

Essen Sie frisches Gemüse? ja/nein regelmäßig?/wie oft? \_\_\_\_\_

Essen Sie Seefisch? ja/nein regelmäßig?/wie oft? \_\_\_\_\_

Essen Sie Fleisch / Wurst? ja/nein regelmäßig?/wie oft? \_\_\_\_\_

Schlafen Sie ausreichend? ja/nein wie viele Stunden/ Nacht \_\_\_\_\_

### ***Haben Sie Beschwerden an bzw. mit:***

Kopf/ Hals/ Schilddrüse/ Zähne: ja/nein welche? \_\_\_\_\_

Herz/ Kreislaufsystem: ja/nein welche? \_\_\_\_\_

Lunge/ Atemwege: ja/nein welche? \_\_\_\_\_

Magen/ Darmsystem: ja/nein welche? \_\_\_\_\_

Niere/ Harnsystem/ Genital/ Sex: ja/nein welche? \_\_\_\_\_

Haut: ja/nein welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Beschwerden: ja/nein welche? \_\_\_\_\_

**Gibt es in Ihrer Familie?**

Herzerkrankungen?	ja/nein
Bluthochdruck?	ja/nein
Schlaganfälle?	ja/nein
Herzinfarkte?	ja/nein
Krebserkrankungen?	ja/nein
Zuckerkrankheit?	ja/nein
Rheuma?	ja/nein

Bei welchem Verwandten?

---



---



---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Haben Sie?**

Medikamentenallergie?	ja/nein
andere Allergien?	ja/nein
Bluthochdruck?	ja/nein
Zuckerkrankheit?	ja/nein
erhöhte Blutfette?	ja/nein
Gicht?	ja/nein
frühere Operationen?	ja/nein
andere Erkrankungen?	ja/nein

_____	welche?	_____
_____	welche?	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	welche?	_____
_____	welche?	_____

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

Name	Dosis	seit wann?

**Krankenhausaufenthalte / Kuren?**

Warum?	Wann?

**Unter welchen Telefonnummern sind Sie mit größter Wahrscheinlichkeit tagsüber erreichbar?**

---



---



---

Dresden, am \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_