

Anamnesebogen

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Familienstand:		
Kinder:		
Beruf:		
Tel.-Nr.:		
E-Mail:		
Hausarzt:		
Weitere Ärzte:		
Einverständnis Weiterleitung der Befunde/Arztberichte (bitte ankreuzen)	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuelle Anamnese (bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden)

Familienanamnese (Erkrankungen in der Familie)

Genussmittelanamnese/Soziale Anamnese

Nikotin (Zigaretten pro Tag, seit wann) _____

Alkohol (wie viel, wie oft) _____

bin gesetzlich betreut Betreuer: _____

aktuell krankgeschrieben seit wann: _____

Arbeitsunfähig seit wann: _____

Rentenanspruch oder Antrag auf Schwerbehinderung gestellt Wann: _____

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) _____

Grad der Behinderung (GdB) _____

Aktuelle Medikation

Medikament	Stärke	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Hinweise

Vorerkrankungen (bitte ankreuzen, falls zutreffend)

- Diabetes mellitus
 koronare Herzkrankheit (KHK)
 Epilepsie
 HIV
 Bluthochdruck
 arterielle Verschlusskrankheit (paVK)
 Cholesterin erhöht
 Hepatitis

Schilddrüsenstörung Welche: _____

Rheumatische Erkrankung Welche: _____

Herzrhythmusstörung Welche: _____

Blutgerinnungsstörung Welche: _____

Schlaganfall Wann: _____

KHK/Herzinfarkt/Stent Wann: _____

Thrombosen Wo: _____

Andere Erkrankungen Welche: _____

Wann: _____

Operationen Welche: _____

Wann: _____

jemals Chemotherapie Welche Erkrankung: _____

Wann: _____

Allergien Welche: _____

Schwangerschaft Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

Herzschrittmacher / THS

Herzschrittmacher / Defibrillator

Ventrikulo-peritonealer Shunt

Metallimplantate (Platten, Schrauben)

Datum: _____

Unterschrift: _____