

Name, Vorname, Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
Tel.-Nr.
Berufliche Tätigkeit

Anamnesebogen (Zutreffendes bitte ankreuzen. Alle Angaben sind freiwillig.)

1 Familiengeschichte

Bei den Eltern, Geschwistern oder Großeltern sind folgende Krankheiten/Behinderungen bekannt:

	ja	nein	
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geisteskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche:

2 Krankheitsvorgeschichte

2.1 Krankheiten/Behinderungen

Erläuterung (Häufigkeit, Zeitpunkt, Diagnosen)

Rheumat. Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
wiederholt Mandelentzünd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
wiederholt Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blasen-Nieren-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wirbelsäulen-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Knochen-Gelenk-Kr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Geisteskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Grauer Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Krankheiten oder Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	ja	nein	
2.2 Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
			wann: _____
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
2.3 Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
			wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____

3. Allgemeinanamnese

	ja	nein
Trinken Sie Kaffee/schwarzen Tee/Koffein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viel Tassen am Tag?.....		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viel Zigaretten, Zigarren, Pfeifen am Tag?.....		
Trinken Sie Alkohol? selten/gelegentlich/regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie Drogen oder haben Sie in der Vergangenheit Drogen konsumiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein, die in der Apotheke frei verkäuflich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang, häufig Durchfall oder Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie gut schlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie nachts häufig Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie viel Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welchen Sport und wie oft wöchentlich?		
.....		

Medikamente:

Datum: _____

Unterschrift: _____