

## anamnesebogen

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

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

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

E-Mail \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

### Aktuelle Beschwerden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

Cholesterinerhöhung	<input type="radio"/> ja	Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja
Asthma/COPD	<input type="radio"/> ja	Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> ja	Schlaganfall	<input type="radio"/> ja
Blutungsneigung	<input type="radio"/> ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja
Lebererkrankungen	<input type="radio"/> ja	Epilepsie	<input type="radio"/> ja
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	Rheuma	<input type="radio"/> ja
Magenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	Infektionskrankheiten	<input type="radio"/> ja
Darmerkrankungen	<input type="radio"/> ja	(Hepatitis, HIV, Tuberkulose)	
Krebserkrankungen	<input type="radio"/> ja	Sonstiges: _____	

### Operationen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja	Schlaganfall	<input type="radio"/> ja
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> ja	Krebserkrankungen	<input type="radio"/> ja

**Leiden Sie an Allergien?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

**Ernähren Sie sich gesund?**

ja  nein  vegan  vegetarisch

Treiben Sie regelmäßig Sport?

ja  nein \_\_\_\_\_ mal pro Woche

Rauchen Sie?

ja  nein \_\_\_\_\_ pro Tag

Trinken Sie Alkohol?

ja  nein \_\_\_\_\_ Gläser pro Woche

**Allgemeines Befinden**

Fühlen Sie sich oft niedergeschlagen?

ja  nein

Fühlen Sie sich oft gestresst?

ja  nein

Schnarchen Sie?

ja  nein

Finden Sie Ihren Schlaf erholsam?

ja  nein

Sind Sie tagsüber müde?

ja  nein

Wann war Ihre letzte Impfung? (und welche?) \_\_\_\_\_

**Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie telefonisch oder per E-Mail an Vorsorgetermine erinnern?**

ja  nein

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

---

---

**Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!**

**Ihr Praxisteam**