

Anamnesebogen

(Bitte füllen Sie den Bogen aus und bringen Sie diesen zu Ihrem Termin mit.)

Name Vorname Geburtsdatum Datum

Familiäre Belastung

Sind Blutsverwandte (Eltern, Geschwister) von einer der folgenden Krankheiten betroffen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt oder Verengung der Herzkranzgefäße | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (z.B. Darm- od. Brustkrebs) | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette |
| <input type="checkbox"/> Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes |

Bestehen bei Ihnen gesundheitliche Probleme?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wechsel zwischen Durchfall od. Verstopfung? | <input type="checkbox"/> Traurigkeit |
| <input type="checkbox"/> Blut od. Schleim im Stuhl? | <input type="checkbox"/> Angst |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsab- od. zunahme/Appetitmangel? | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Mehr Durst od. häufiges Wasserlassen, Blut im Urin? | <input type="checkbox"/> Stürzen Sie gelegentlich |
| <input type="checkbox"/> Ungewohnte Atemprobleme, z.B. bei Belastung? | <input type="checkbox"/> Veränderungen der Haut |
| <input type="checkbox"/> Häufig Herzklopfen/ unregelmäßige Herzschläge? | <input type="checkbox"/> Häufiger Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie gehäuft unter Schnupfen? | |
| <input type="checkbox"/> Bemerken Sie, dass Sie vergesslich werden? | |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in den Gelenken/ Wirbelsäule/ anderen Stellen? | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Tägliches Leben

- Rauchen Sie? Nein Ja, Zigarette(n) pro Tag
- Trinken Sie Alkohol? Nein Gelegentlich regelmäßig Gläser pro Woche
- Bewegung? Nein 1-3x/Woche <20 Min. >20 Min.
 >3x/Woche <20 Min. >20 Min.
- Größe: in cm Gewicht: in kg

Haben Sie Allergien? Nein Ja, gegen

Medikamentenunverträglichkeiten Nein Ja, gegen

Welche Vorsorgeuntersuchungen wurden bei Ihnen schon einmal durchgeführt?

- | | | |
|----------------------|-------------------------------|--|
| Koloskopie | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, wann <input type="text"/> |
| Urologische Vorsorge | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, wann <input type="text"/> |
| Hautkrebsvorsorge | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, wann <input type="text"/> |

Reha/Krankenhausaufenthalte? Falls ja, wann und wo?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

(Medikament, welche von uns verordnet werden, müssen nicht aufgeführt werden!)

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. <input type="text"/> | 2. <input type="text"/> | 3. <input type="text"/> | 4. <input type="text"/> |
| 5. <input type="text"/> | 6. <input type="text"/> | 7. <input type="text"/> | 8. <input type="text"/> |

Nehmen Sie zusätzlich Nahrungsergänzungsmittel?

- Nein Ja, welche