



GEMEINSCHAFTSPRAXIS
HIMBERGEN
DAHLENBURG

ANAMNESEBOGEN

.....
NACHNAME

.....
VORNAME

.....
GEBURTSDATUM

.....
BERUF

.....
STRASSE

.....
PLZ, ORT

.....
TELEFON

.....
E-Mail

BESTEHEN AKTUELL BESCHWERDEN?

BESTEHEN ODER BESTANDEN FOLGENDE VORERKRANKUNGEN / BESCHWERDEN? [Bitte ankreuzen]
WANN AUFGETRETEN?

- Bluthochdruck
- Herzkranzgefäßverengung
- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschwäche
- Herzklappenfehler
- Schlaganfall
- Druck oder Engegefühl auf der Brust
- Durchblutungsstörungen der Beine [pAVK]
- Zuckererkrankung / Diabetes Mellitus
- Fettstoffwechselstörungen [erhöhte Cholesterinwerte]
- Tumorerkrankungen
- Chronische Infektionskrankheiten
- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
- Lungenerkrankungen [Asthma, chronische Bronchitis, Tbc]
- Lungenentzündung
- Thrombose oder Lungenembolie
- Augenerkrankungen [z.B. grüner oder grauer Star]
- Psychische Erkrankungen [Depressionen, Psychosen]
- Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen
- Hautkrankheiten [Schuppenflechte, Neurodermitis]
- Entzündliche Gelenkerkrankungen [z.B. Rheuma]
- Wirbelsäulenerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankung
- Ohnmachtsanfall
- Knochenbrüche
- Weitere Erkrankungen

.....
.....

LEIDEN SIE UNTER FOLGENDEN BESCHWERDEN? [Bitte ankreuzen]

WANN AUFGETRETEN?

- Appetitverlust
- Starker Durst
- Gewichtszunahme
- Gewichtsverlust [Beabsichtigt? Wieviel Kg?]
- Starkes nächtliches Schwitzen
- Fieber
- Gehäufte grippale Infekte
- Juckreiz
- Schlafstörungen [Einschlaf- /Durchschlafstörungen]
- Auffälligkeiten beim Stuhlgang? [Welche?]
- Auffälligkeiten beim Wasserlassen? [Welche?]
- Weiteres

WEITERE FRAGEN

Rauchen Sie? JA NEIN

Wenn ja: wie lange? / Wieviele Zigaretten pro Tag?.....

Haben Sie geraucht? JA NEIN

Wenn ja, wie lange? / Wieviele Zigaretten pro Tag?.....

Trinken sie regelmäßig Alkohol? JA NEIN

Wenn ja, was? / Wie oft? / Wie viel?

Haben sie früher mehr getrunken? JA NEIN

Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt? JA NEIN

Wenn ja, wogegen? [z.B. Medikamente]

.....
.....

Wie groß sind Sie? cm

Wieviel wiegen Sie? kg

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

.....
.....

Wurde bei Ihnen schon eine Röntgen-/CT-/MRT-Untersuchung durchgeführt? JA NEIN

Wenn ja, welche? / Wann?

.....
.....
.....

BESTEHEN ODER BESTANDEN IN IHRER FAMILIE FOLGENDE ERKRANKUNGEN? [Bitte ankreuzen]
WER UND IN WELCHEM ALTER?

- Bluthochdruck
- Erhöhtes Cholesterin
- Zuckerkrankheit
- Herzinfarkt, Angina pectoris
- Schlaganfall
- Krebserkrankungen
- Osteoporose
- Weiteres

PERSÖNLICHES

Welche weiteren Angaben sind aus Ihrer Sicht wichtig?

.....
.....

Familienstand

Kinder

Hobbys und Freizeitaktivitäten

Sportart

Ort, Datum

Formular Bitte Speichern & Per E-Mail senden