



ANAMNESE-BOGEN

Um Ihnen in allen Gesundheitsfragen optimal zur Seite stehen zu können, brauchen wir viele Informationen, z. B. zu Ihrer Krankheitsgeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte, etc. Natürlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich.

PATIENT

Vorname, Name: _____

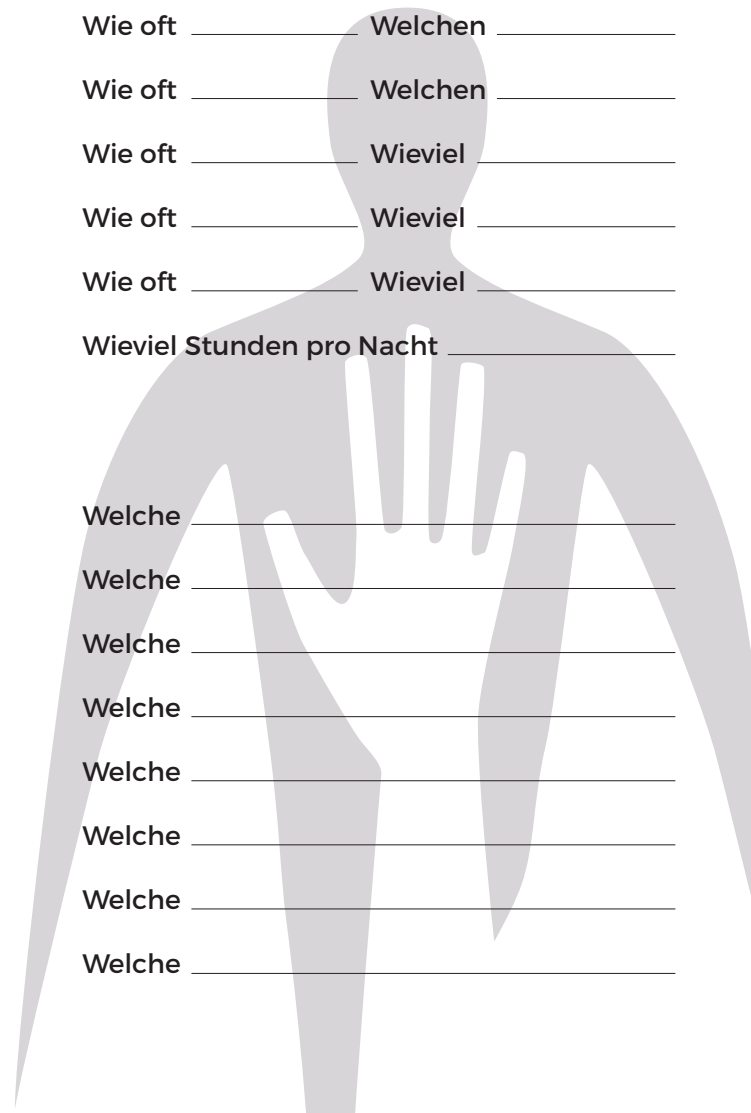
Geburtstag: _____ Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____

IHRE GEWOHNHEITEN

Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wieviel _____ Seit wann _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wie oft _____ Welchen _____
Haben Sie viel Stress?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wie oft _____ Welchen _____
Treiben Sie Sport?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wie oft _____ Welchen _____
Essen Sie frisches Gemüse?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wie oft _____ Wieviel _____
Essen Sie regelmäßig Seefisch?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wie oft _____ Wieviel _____
Essen Sie Fleisch und Wurst?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wie oft _____ Wieviel _____
Schlafen Sie ausreichend?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wieviel Stunden pro Nacht _____

BESCHWERDEN AN / MIT

Kopf, Hals, Zähne, Schilddrüse	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche _____
Herz, Kreislaufsystem	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche _____
Lunge, Atemwege	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche _____
Magen, Darm	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche _____
Niere, Harnsystem, Genital, Sexualität	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche _____
Nerven, Knochen, Muskeln, Gelenke	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche _____
Haut	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche _____
Sonstiges	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche _____





PSYCHISCHES UND KÖRPERLICHES BEFINDEN

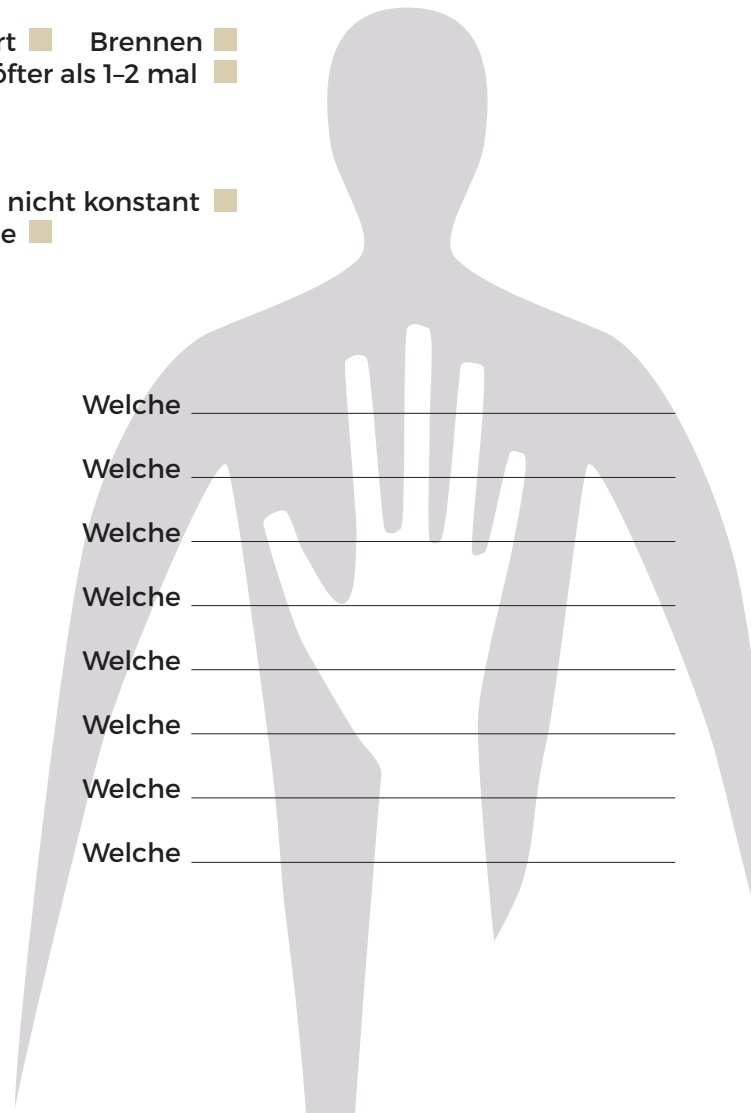
- | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Appetitlosigkeit? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Schmerzen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schlafstörungen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Antriebslosigkeit? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Konzentrationschwäche? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Erschöpfung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Depressive Verstimmung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |

VEGETATIVE ANAMNESE

- | | | | | |
|--------------|---|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| Durst | Normal <input type="checkbox"/> | Vermehrt <input type="checkbox"/> | | |
| Appetit | Normal <input type="checkbox"/> | Vermehrt <input type="checkbox"/> | | |
| Stuhlgang | Normal <input type="checkbox"/> | Vermehrt <input type="checkbox"/> | Durchfall <input type="checkbox"/> | Verstopfung <input type="checkbox"/> |
| | Wenn Durchfall, blutig <input type="checkbox"/> | schleimig <input type="checkbox"/> | | |
| Wasserlassen | Normal <input type="checkbox"/> | Vermehrt <input type="checkbox"/> | Brennen <input type="checkbox"/> | |
| | mit Startschwierigkeiten <input type="checkbox"/> | Nachts öfter als 1-2 mal <input type="checkbox"/> | | |
| Nachtschweiß | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Gewicht | konstant <input type="checkbox"/> | nicht konstant <input type="checkbox"/> | | |
| | Zunahme <input type="checkbox"/> | Abnahme <input type="checkbox"/> | | |

HABEN SIE

- | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------|
| bestehende Krankheiten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Welche _____ |
| frühere Krankheiten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Welche _____ |
| erhöhten Blutdruck | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Welche _____ |
| Zuckerkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Welche _____ |
| erhöhte Blutfette | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Welche _____ |
| Gicht | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Welche _____ |
| Allergien | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Welche _____ |
| Blutgerinnungsstörung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Welche _____ |





FÜR PATIENTINNEN

Schwangerschaft Ja Nein

Geburten Ja Nein

Anti-Baby-Pille Ja Nein

Monatliche Blutung regelmäßig Ja Nein

Wann _____

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Bitte auflisten:

GIBT ES IN IHRER FAMILIE

Herzerkrankungen Ja Nein bei wem _____

Bluthochdruck Ja Nein bei wem _____

Schlaganfälle Ja Nein bei wem _____

Übergewicht Ja Nein bei wem _____

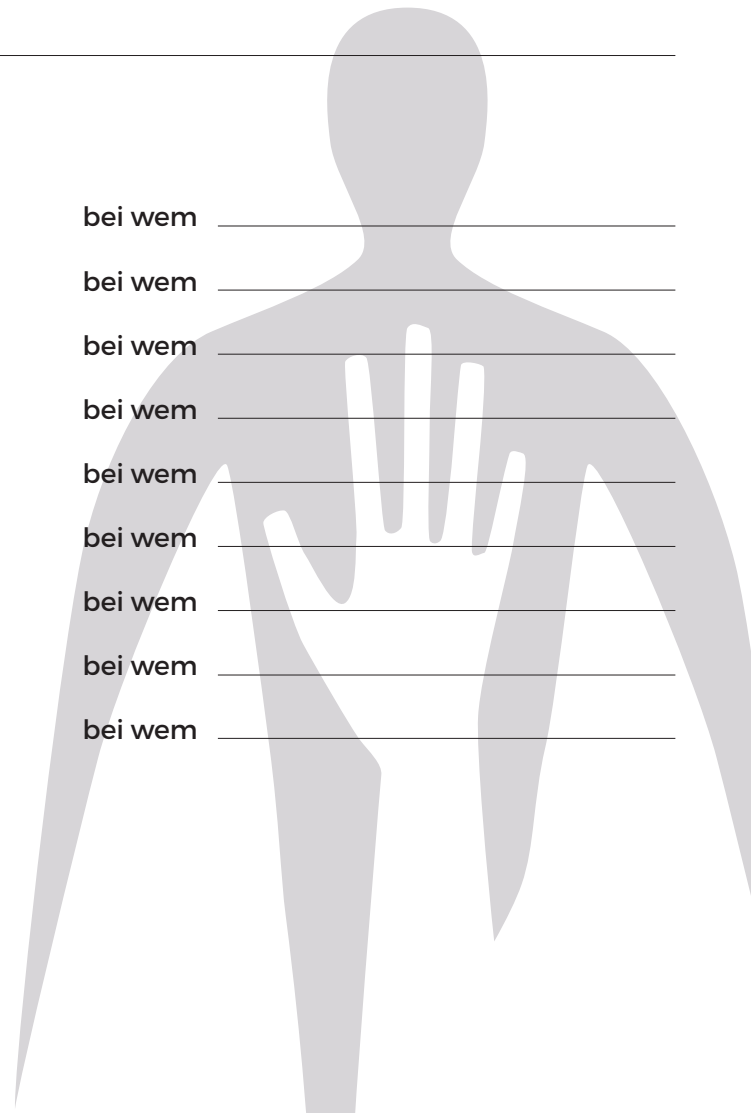
Zuckerkrankheiten Ja Nein bei wem _____

Krebsleiden Ja Nein bei wem _____

Rheuma Ja Nein bei wem _____

Rücken- und Gelenkkrankheiten Ja Nein bei wem _____

andere Krankheiten Ja Nein bei wem _____





AUFENTHALTE IM KRANKENHAUS

Notieren Sie bitte Operationen, Therapien, Kuren, stationäre Aufenthalte, etc. mit Datum (Monat/Jahr)

KONTAKTAUFNAHME

Bei Bedarf kontaktieren Sie mich bitte

per Telefon unter: ja nein _____

per E-Mail unter: ja nein _____

per Post unter: ja nein _____

Datum _____ Unterschrift _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die gewissenhafte
Beantwortung der Fragen die nötige Zeit
genommen haben.

