

Anamnese

Patient

.....

Name

Vorname

.....

Geburts-Datum

.....

Tel. (Privat)

Tel. (Mobil)

.....

Größe

Gewicht

.....

E-Mail

.....

Beruf/ Tätigkeit

.....

ledig

verheiratet

Sonstiges

Kinder

Nächste Kontaktperson

Name

Vorname

.....

Telefon

.....

Ernährungsweise

Mischköstler

Veganer

Vegetarier

Anderes

.....

Sind Sie schwanger?

ja

nein

Trinken Sie Alkohol?

keinen

selten

>2x/Woche

täglich

Rauchen Sie?

ja

nein

aufgehört

Wenn ja, wie viel/Tag?

Seit wann?

.....

Haben Sie Haustiere?

ja nein

Wenn ja, welche

Schnarchen

ja

nein

Sind nächtliche Atemaussetzer bekannt?

ja

nein

Treiben Sie Sport?

ja

nein

Wenn ja, welchen und wie oft?

Schlafstörungen

ja

nein

Wenn ja, an wie vielen Tagen/Woche?

Neigen Sie zu

Kopfschmerzen

Rückenschmerzen

Gelenkschmerzen

Bauchschmerzen

Erschöpfung

Durchfall

Verstopfung

Übelkeit

Traurigkeit

Müdigkeit

Schwindel

Atemnot

Gedächtnisschwäche

Operationen/ Bestrahlung/ Chemotherapie

ja

nein

Wenn ja, welche (bitte mit Jahr)

Allergien

ja

nein

Wenn ja, welche

.....

Medikamentenunverträglichkeit

ja

nein

Wenn ja, welche

.....

Nahrungsmittelunverträglichkeit

ja

nein

Wenn ja, welche

.....

Ist eine Berufskrankheit bekannt?

ja

nein

Wenn ja, welche

.....

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

Bluthochdruck

KHK

Herzrhythmusstörung

Herzinfarkt

Schlaganfall

Thrombose

Lebererkrankung

Nierenerkrankung

Asthma/COPD

Tuberkulose

Psyche

Schilddrüsenerkrankungen

Diabetes mell.

Krampfanfälle

Reizdarm

Migräne

chronische Infektionen

Rheuma

Arthrose

Osteoporose

Krebserkrankung

Glaukom

Blutungsneigung

HIV _ Hepatitis

Sonstige

.....

Krebserkrankungen

ja

nein

Wenn ja, welche?

.....

.....

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mell. | <input type="checkbox"/> Allergien | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | | |

Impfstatus

- | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vollständig | <input type="checkbox"/> unvollständig | <input type="checkbox"/> unbekannt |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|

Wann war Ihre letzte Gesundheits-/ Krebsvorsorge?

Wann war Ihre letzte Coloskopie?

Nehmen Sie Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel ein?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Wenn ja, welche und wann?

Sonstige Information (vom Arzt auszufüllen)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....