

## Anamnesebogen

Bitte reichen Sie zeitnah Ihren Impfausweis nach.

Um die Untersuchung für Sie schneller durchführen zu können, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Name: \_\_\_\_\_, Vorname: \_\_\_\_\_, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### Familienvorgeschichte:

Kommen bei Ihren Familienangehörigen folgende Erkrankungen vor?

	ja	nein
Bluthochdruck		
Herzinfarkt		
Schlaganfall		
Hohe Blutfette		
Zuckerkrankheit		
Nierenerkrankungen		
Lungenerkrankungen		
Autoimmunerkrankungen		
Krebserkrankungen wenn ja, welche?		
_____		
_____		
_____		

### **Ein paar Fragen zu Ihnen:**

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Nikotin  ja  nein

Wenn ja: Wie viele tgl.? \_\_\_\_\_

Alkohol  ja  nein

Wenn ja: Wie oft? \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wann zuletzt:** \_\_\_\_\_

### Eigene Vorerkrankungen:

	ja	nein
Adipositas		
Bluthochdruck		
Herzinfarkt		
Schlaganfall		
Hohe Blutfette		
Zuckerkrankheit		
Nierenerkrankungen		
Lungenerkrankungen		
Hauterkrankung, chronisch		
Magen-Darm-Erkrankung, chronisch		

### **Eingenommene Medikamente, Dauermedikation**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Allergien:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Jetzige Beschwerden:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_