



Anamnesebogen

Vorname: _____

Familienname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnhaft:

Straße: _____

Hausnummer _____

Postleitzahl _____

Stadt _____

Krankenkasse: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

In den letzten Monaten lag eine

starke Gewichtsabnahme

starke Gewichtszunahme

vor?



Beruf: _____

Kinder: _____

Familienstand: _____

Schwerbehindertenausweis: _____

Pflegegrad: _____

Hauskrankenpflege, wenn ja welche: _____

Aktuelle Medikamente (bzw. Medikamentenplan anfügen, ggf. Rückseite benutzen):

Lassen Sie nachts Wasser?

Ja

Wie oft? _____

Nein

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?

Ja

Welche? _____

Nein



Haben Sie Allergien (welche):

Ja

Welche?

Nein

Rauchen Sie:

Ja

wie viele Zigaretten am Tag?

seit wann?

Nein

Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja wieviel und seit wann?

Ja

wie viele Alkohol trinken Sie am Tag?

seit wann?

Nein



Familienanamnese:

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

	Wer? Alter bei Krankheitsdiagnose? Ggf. Todesalter?
Bluthochdruck	
Herzkranzgefäße/Herzinfarkt	
Fettstoffwechselstörungen	
Plötzliche Todesfälle	
Schlaganfälle	
Diabetes mellitus Typ1 oder 2 ?	
Tumorerkrankungen	
Neurologische/Nervenerkrankungen	



Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Seit wann?

	Ja	nein	Weitere Angaben (was, seit wann, wo)
Bluthochdruck			
Herzerkrankungen			
Herzinfarkt			
Herzkranzgefäßerkrankung			
Herzschwäche			
Schlaganfall			
Durchblutungsstörungen Arme/Beine:			
Diabetes mellitus/ Zuckerkrankheit, Typ 1 oder 2			
Fettstoffwechselstörungen (Triglyceride/Cholesterin)			
Tumorerkrankungen:			
Lebererkrankungen			



Nierenerkrankungen Nierensteine?			
Lungenerkrankungen			
Infektionserkrankungen			
Thrombosen			
Psychische Erkrankungen			
Krampfleiden (Epilepsie)/ Neurologische Erkrankungen			
Operationen? Welche? Wann?			

Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt.

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin. Auch bei akuten Erkrankungen bitten wir um vorherige telefonische Information!

Termine, die Sie nicht einhalten können, bitten wir dringend abzusagen.

Vielen Dank.

Ort, Datum

Unterschrift