

ANAMNESEBOGEN

Name: Vorname:

Adresse:

Telefonnummer: Email:

Sozialversicherungsnummer:

Arbeitgeber:

Größe: Gewicht:

EIGENE ERKRANKUNGEN

Operationen (inkl. Datum):

Herz-Kreislauf-Krankheiten (zB Herzinfarkt, Bluthochdruck)?

nein ja, welche, seit wann:

Atemwegserkrankungen (zB Asthma/COPD)?

nein ja, welche, seit wann:

Sonstige Erkrankungen (z.B. Schilddrüse, Niere, Leber)?

nein ja, welche, seit wann:

ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE (ELTERN/GESCHWISTER)

Herzinfarkt? nein ja, wer: in welchem Alter:

Plötzlicher (Herz-)Tod? nein ja, wer: in welchem Alter:

Bluthochdruck? nein ja, wer: in welchem Alter:

Zuckerkrankheit nein ja, wer: ab welchem Alter:

Schlaganfall? nein ja, wer: in welchem Alter:

Sonstige Erkrankungen in der Familie /wer? (zB Krebserkrankungen, Asthma, Allergien, Erbkrankheiten):

RISIKOFAKTOREN

Rauchen nein ja, seit wann, Anzahl Zig. pro Tag: Stopp seit:

Alkohol nein ja, wie viel pro Woche: - pro Tag:

Übergewicht nein ja, seit wann:

Erhöhte Cholesterinwerte nein ja, seit wann: unbekannt

Zuckerkrankheit/Diabetes nein ja, seit wann:

ANAMNESEBOGEN

Allergien nein ja, welche:

Letzte Vorsorgeuntersuchung:

Frauen: letzte frauenärztliche (Vorsorge-) Untersuchung:

SOZIALANAMNESE

(früh.) Beruf: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Kinder (Name, Geb. Datum):

Wohnsituation: alleine mit Familie/PartnerIn sonst.:

MEDIKAMENTE

	Name/Wirkstoff (zB. Ramipril)	Dosierung (zB. 5mg)	morgens	mittags	abends	nachts
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt (ab 50 Jahren alle 10 Jahre empfohlen)?

nein ja, wann zuletzt:

IMPFUNGEN

Tetanusimpfung (zB. Boostrix, Revaxis, Repevax) ja nein unbekannt zuletzt:

Sonstige:

Jährliche Grippe-Impfung gewünscht: ja nein

Pat. Verfügung vorhanden: ja nein geplant

Allgemeine Anmerkungen:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin. Ich habe die Möglichkeit dies jederzeit durch eine formlose Mitteilung zu widerrufen. Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Ort, Datum:

Unterschrift: _____