

# Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen.

<b>Persönliche Daten</b>		Datum:
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:		
Telefon:	Handy:	
E-Mail:	Hausarzt:	

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen, erhöhte Cholesterinwerte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose, am _____ wo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenembolie, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magendarmerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien, welche _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gicht

Wurden bei Ihnen Krankenhaus- oder Facharztbehandlungen bzw. Operationen vorgenommen, wenn ja, wann, warum und wo?

Jahr	Erkrankung	Behandelt in/bei (bitte Name der Klinik oder der Praxis angeben)

Bitte wenden!!!!

Sind folgende Erkrankungen in Ihrer blutsverwandten Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) aufgetreten?

Ja	Nein		Bei wem? In welchem Alter?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koronare Herzkrankheit („Bypass-OP, Stent“)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs, welcher?	

