



## Anamnesebogen

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir einige Informationen. Bitte füllen Sie deshalb den Fragebogen sorgfältig aus.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

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

---

Rauchen Sie?                       ja     nein                      Wieviel?                      Seit wann?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?     ja     nein                      Wie oft?

Haben sie viel Stress?                       ja     nein

Treiben Sie Sport?                       ja     nein                      Wie oft?

Essen Sie frisches Gemüse?                       ja     nein                      Wie oft pro Tag?

Schlafen Sie ausreichend?                       ja     nein                      \_\_\_ Stunden pro Nacht

---

Haben Sie Beschwerden an bzw. mit

Welche?

Kopf/Hals/Schilddrüse/Zähne

ja     nein

\_\_\_\_\_

Herz-/Kreislaufsystem

ja     nein

\_\_\_\_\_

Lunge/Atemwege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Magen-/Darmsystem	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Niere/Harnsystem/Genital	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Knochen/Muskeln/Gelenke	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Nerven/Psych	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Erhöhtem Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Gicht/Rheumatischen Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Allergien (besonders Medikamente)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Übergewicht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____

Notieren Sie bitte alle Operationen, Rehamassnahmen bzw. Kuren

Art	Datum

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren geimpft?  ja  nein

Wenn ja, welche Impfungen?  Tetanus  Diphtherie  Polio  Pertussis  FSME/Zecken  
 Hepatitis A  Hepatitis B  Pneumokokken  Grippe

Wurden Sie 2-malig gegen Masern-Mumps-Röteln geimpft?  ja  nein

Gibt es in Ihrer Familie?

Herzerkrankungen     ja     nein

Bluthochdruck         ja     nein

Schlaganfälle         ja     nein

Krebsleiden            ja     nein

Zuckerkrankheit      ja     nein

Bei welchen Verwandten?

---

---

---

---

---

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?     ja     nein \_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme beim Stuhlgang?         ja     nein \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Magenspiegelung? \_\_\_\_\_    Darmspiegelung \_\_\_\_\_

Ist Ihr Appetit     normal         vermehrt

Anzahl der Schwangerschaften \_\_\_\_\_    Probleme mit den Wechseljahren     ja     nein

Vorsorgeuntersuchungen gewünscht?         ja     nein                      Wenn ja, welche?

---

---

---

Patientenverfügung vorhanden?         ja     nein     gewünscht

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_