

## Anamnesebogen



Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:  
Anschrift:  
Telefon/Handy:  
Email:

Körpergröße:  
Gewicht:

### Vorerkrankungen/Voroperationen

Erkrankung	ja	nein	welche?
Bluthochdruck			
Diabetes			
Asthma/COPD			
Lebererkrankungen			
Nierenerkrankungen			
Durchblutungsstörungen der Beine?			
Schlaganfall?			
Lungenerkrankung			
Koronare Herzkrankheit/ Herzinfarkt			
Psychische Erkrankungen			
Sonstige Erkrankungen			

### Aktuelle Medikation (inkl. Inhalationssprays)


### Allergien/Unverträglichkeiten


### Impfungen/Kinderkrankheiten

Mumps	Windpocken	Kinderlähmung
Masern	Tetanus	Pneumokokken
Röteln	Keuchhusten	Grippe



**Sind Ihre Eltern/Geschwister/Kinder an folgenden Erkrankungen erkrankt:**

Erkrankung	ja	nein
Diabetes		
Herzinfarkt		
Schlaganfall		
Krebserkrankungen		

**Mitbetreuende Fachärzte:**

Fachrichtung	Name	Adresse	Telefonnummer

**Rauchen Sie?**

Wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag seit wie vielen Jahren?

**Trinken Sie?**

Wenn ja, wieviel Alkohol/Tag?

**Liegt eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht vor?**

**Haben Sie eine Pflegestufe?**

**Wann war die letzte Darmspiegelung?**

**Möchten Sie über anstehende Untersuchungen informiert werden?**

**Sonstige wichtige Informationen (z.B. Schrittmachertherapie, Marcumartherapie)**

