

Anamnesebogen

Patient

Männlich Weiblich Divers

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße & Hausnummer: _____

Postleitzahl & Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Privatversichert beihilfeberechtigt Selbstzahler

Kinderkrankheiten

Röteln: Ja Nein Wann: _____

Mumps: Ja Nein Wann: _____

Masern: Ja Nein Wann: _____

Scharlach: Ja Nein Wann: _____

Windpocken: Ja Nein Wann: _____

Keuchhusten: Ja Nein Wann: _____

Sonstige: _____

Autoimmunerkrankungen

Rheuma: Ja Nein Wann: _____

Hashimoto / Basedow: Ja Nein Wann: _____

Morbus Crohn: Ja Nein Wann: _____

Psoriasis / Neurodermitis: Ja Nein Wann: _____

Colitis Ulcerosa: Ja Nein Wann: _____

Multiple Sklerose: Ja Nein Wann: _____

Sonstige: _____

Lungenerkrankungen

Lungenentzündung: Ja Nein Wann: _____

Asthma: Ja Nein Wann: _____

Bronchitis: Ja Nein Wann: _____

Emphysem: Ja Nein Wann: _____

Sonstige: _____

Anamnesebogen

Herz und Gefäßerkrankungen

hoher Blutdruck:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
niedriger Blutdruck:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Herzfehler:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Herzstolpern:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Schlaganfall:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Durchblutungsstörungen der Beine (PAVK):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Thrombose:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Krampfadern:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Sonstige:	_____ _____			

Neurologische Erkrankungen

Multiple Sklerose:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
M. Parkinson:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
ALS:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
ME/CFS:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Demenz/Alzheimererkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Epilepsie:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Polyneuropathie:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Hirntumor:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Restless-Legs-Syndrom:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Sonstige:	_____ _____			

Erkrankungen innere Organe

Nieren-Urogenitaltrakt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Gallensteine:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Gelbsucht / Leberbeschwerden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Magen-Zwölffingerdarm Geschwür:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Magenschmerzen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Verstopfung / Durchfall:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Bauchspeicheldrüse:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Sonstige:	_____ _____			

Anamnesebogen

Erkrankungen des Stoffwechsel

Diabetes:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Gicht:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Schilddrüsen Überfunktion:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Schilddrüsen Unterfunktion:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Erhöhtes Cholesterin:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Metabolisches Syndrom:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Sonstige:	_____ _____			

Hals-Nasen-Ohren-Augen Erkrankungen

Entzündung im Mund und Rachenraum:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Zahnerkrankungen / Knirschen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Nasennebenhöhlen Entzündung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Heuschnupfen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Ohrenschmerzen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Tinnitus:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Schwindel:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Grauer Star:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Grüner Star:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Sehstörung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Sonstige:	_____ _____			

Erkrankungen der Geschlechtsorgane

Prostata:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Gebärmutter:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Eierstöcke:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Sonstige:	_____ _____			

Anamnesebogen

Knochen und Gelenke

Arthrose:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wo:	_____
Arthritis:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wo:	_____
Gelenkbeschwerden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wo:	_____
Prothese:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wo:	_____
Bandscheiben Schaden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wo:	_____
Operationen der Gelenke:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wo:	_____
Sonstige:	_____			

Sonstige Erkrankungen

Allergie:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Krebs:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Krampfanfälle:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Hautkrankheiten:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Blutarmut:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Migräne / Erkrankungen im Nervensystem:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Psychische Erkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann:	_____
Sonstige:	_____			

Operationen

Ja Nein

Welche:	_____	Wann:	_____
Welche:	_____	Wann:	_____
Welche:	_____	Wann:	_____
Welche:	_____	Wann:	_____
Welche:	_____	Wann:	_____
Welche:	_____	Wann:	_____
Welche:	_____	Wann:	_____

Anamnesebogen

Familiäre Vorbelastungen

Krebs:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wer: _____
Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wer: _____
Schlaganfall:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wer: _____
Gendefekt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wer: _____
Diabetes / Übergewicht:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wer: _____
Migräne:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wer: _____
Sonstige:	_____		

Medikamente
