

Anamnesebogen

Ihre Personalien

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail:

Familienstand:

Beruf:

Hobbies:

Schwerbehinderung:

nein

ja

GdB:

Pflegegrad:

Vorsorgevollmacht:

nein

ja

Patientenverfügung:

nein

ja

gesetzlicher Betreuer:

nein

ja

Organspendeausweis:

nein

ja

Allgemeine Informationen

Körpergröße:

Körpergewicht:

Raucher:

nein

ja

Alkohol:

nein

ja

gelegentlich

Allergien/

Unverträglichkeiten:

**Nehmen Sie regelmäßig
Medikamente ein?**

nein

ja

wenn ja, reichen Sie uns bitte Ihren
Medikamentenplan ein oder tragen Sie in
folgender Tabelle die Medikamente ein

Medikament	Dosierung	Einnahmezeit

Aktuelle Beschwerden

**Leiden Sie an aktuellen
Beschwerden?**

nein

ja

wenn ja, welche?

Vorerkrankungen

Erkrankungen von Herz/Blutdruck

- nein
 ja welche?

Erkrankung der Lunge

- nein
 ja welche?

Erkrankungen des Magen/Darm-Trakts

- nein
 ja welche?

Erkrankungen der Leber/Gallenwege

- nein
 ja welche?

Erkrankungen der Niere

- nein
 ja welche?

Neurologische Erkrankungen

- nein
 ja welche?

Stoffwechsel-Erkrankungen

- nein
 ja welche?

Hauterkrankungen

- nein
 ja welche?

Bewegungsapparat/Wirbelsäule

- nein
 ja welche?

Infektionserkrankungen

- nein
 ja welche?

Erkrankungen von Augen/ Ohren

- nein
 ja welche?

Operationen / Unfälle

Wann und welche?

.....
.....
.....

Erkrankungen Ihrer Familienangehörigen (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder)

Diabetes mellitus:

- nein
 ja wer ?

Krebserkrankungen:

- nein
 ja wer ?

Herzinfarkt:

- nein
 ja wer ?

Schlaganfall:

- nein
 ja wer ?

psychische Erkrankungen:

- nein
 ja wer ?

Rheumatische Erkrankungen:

- nein
 ja wer ?

Sonstiges:

.....
.....