

## Anamnesebogen

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Bogen vollständig und wahrheitsgemäß aus. Bitte bringen Sie ihn zum Untersuchungstermin mit.

### **PERSONALIEN und ORGANISATORISCHES**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobilfunk: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### **GESUNDHEITSVORGESCHICHTE**

#### ***Eigene Erkrankungen***

Unfälle:  nein  ja, was und wann: \_\_\_\_\_  
Operationen:  nein  ja, was und wann: \_\_\_\_\_  
Schwerbehinderung  nein  ja, weshalb: \_\_\_\_\_ GdB (%): \_\_\_\_\_

#### ***Vorerkrankungen***

Augen:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_  
Ohren:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_  
Lunge:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_  
Herz:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_  
Kreislauf (Blutdruck):  nein  ja, was: \_\_\_\_\_  
Magen-Darm:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_  
Leber- und Galle:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_  
Stoffwechsel (z.B. Zucker):  nein  ja, was: \_\_\_\_\_  
Niere und Blase:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_  
Psychische Erkrankungen:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_  
Anfallsleiden (Epilepsie):  nein  ja, was: \_\_\_\_\_  
Bluterkrankungen:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_  
Haut:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_  
Allergien:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_

Bewegungsapparat:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_

Wirbelsäule:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_

schwere Infektionskrankheiten:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_

**Dauermedikamente (Präparat, Dosis, Einnahmezeiten, ggf. Medikationsplan anfügen)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Körperfunktionen**

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm      Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Raucher:  nein  ja, wie viele Zigaretten seit wann: \_\_\_\_\_

Stuhlgang:  normal  Verstopfung  Durchfall

Wasser lassen:  normal  nächtlicher Harndrang  geschwollene Beine

Appetit:  normal  schlecht

Fieber:  nein  ja

Nachtschweiß:  nein  ja

Durst:  normal  vermehrt

Schlaf:  normal  Einschlafprobleme  Durchschlafprobleme

Ungewollter Gewichtsverlust:  nein  ja

Ich habe die oben aufgeführten Fragen nach bestem Wissen beantwortet.

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)