

Anamnesebogen

Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum
Familienstand	Beruf (evtl. auch frühere)	Mobil- und ggf. Festnetznummer, E-Mail-Adresse
Hausarzt*in	Weitere Facharzt*innen	

Aktuelle Beschwerden/ Erkrankung (Diagnose) / auffällige Befunde:

 Größe/ Gewicht: _____m/ _____kg ; Gewichtsverlust in den letzten 12 Monaten? _____kg
--

Bisherige Erkrankungen / Beschwerden, wenn zutreffend, bitte ankreuzen:

- ☐ Krebserkrankungen
- ☐ Thrombosen/Embolien ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Bluthochdruck ☐ Angina pectoris
- ☐ Herzrhythmusstörung ☐ Durchblutungsstörungen
- ☐ Lebererkrankungen, z.B. Hepatitis ☐ Infektionskrankheiten
- ☐ Nierenerkrankungen ☐ erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) ☐ Lungenerkrankungen
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen ☐ Depressionen ☐ Schlafstörung
- Medikamentenunverträglichkeit ☐ja, gegen ☐nein
- Allergien ☐ja , gegen ☐nein

Pflegegrad / Schwerbehinderung (Merkzeichen?):

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ ja, wie viel ☐ nein

Rauchen Sie? ☐ ja, ☐ nein

wie viele Zigaretten pro Tag _____, Seit wie vielen Jahren

Gehäuft vorkommende Krebs- oder Bluterkrankungen in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, Onkel- und Tanten ersten Grades)

.....

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Name, Dosierung; z.B. Metoprolol 50 mg 1-0-1)

☐ Siehe Medikamentenplan der Hausärzt*in anbei

.....

.....

.....

Frühere Operationen (in welchem Jahr) oder Krankenhausbehandlungen

.....

.....

.....

Bisherige Behandlungen im Rahmen der aktuellen Erkrankung

Bisher behandelnde Ärzt*innen und Krankenhäuser, ggf. bereits erfolgte Untersuchungen oder Behandlungen:

☐ Siehe Entlassungsbriefe anbei

.....

.....

.....

.....

Letzte Gesundheitsuntersuchungen:	Datum / Zeitraum
Hautkrebsscreening	☐ Noch nie
Coloskopie=Darmspiegelung	☐ Noch nie
Gastroskopie=Magenspiegelung	☐ Noch nie
Urologische Vorsorge/Prostata	☐ Noch nie
Mammographie	☐ Noch nie
Gynäkologische Vorsorge	☐ Noch nie
Letzter Zahnarztkontrolle	☐ Noch nie