

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Tel: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Tel. Angehörige \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ / Gewicht: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?** ja...../ nein...../aufgehört..... Wenn ja, wie viele am Tag..... Seit wann?.....

**Bewegung/Sport?** ja...../ nein..... Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? .....

**Operationen** ja...../ nein..... Wenn ja, welche ( wenn möglich bitte mit Jahreszahl) :

-----  
-----

**Allergien?** ja...../ nein..... Wenn ja welche \_\_\_\_\_

### Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

Bluthochdruck..... Thrombose..... Herzerkrankungen..... Schlaganfall..... Diabetes.....

Lebererkrankungen..... Nierenerkrankungen..... Asthma/ COPD..... Arthrose..... Osteoporose.....

Gemütskrankheit..... Schilddrüsenerkrankungen..... Krampfanfälle..... Schlafstörungen .....

Krebserkrankungen..... Hepatitis..... Covid-19 ..... Partnerschaftsprobleme ja..... / nein .....

Sonstiges..... \_\_\_\_\_  
-----  
-----

### Traten in Ihrer Familie ( Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

Demenz/ Alzheimer..... Bluthochdruck..... Herzerkrankungen..... Schlaganfall..... Thrombose.....

Krebserkrankungen..... Diabetes .....

**Nehmen Sie gegenwärtige Medikamente ein?** ja...../ nein..... Wenn ja, welche ( z.B. Pille , ASS, Marcumar):

-----  
-----  
-----

Datum\_\_\_\_\_

Unterschrift\_\_\_\_\_