

## Patienten – Anamnesebogen

Datum:

Name, Vorname:		geboren:	
Privatadresse:		Telefon:	
		Mobiltelefon:	
Sind Sie berufstätig:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welchen Beruf üben Sie aus:	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?			

Aktuelle Beschwerden: <small>(z.B. ständiges Durstgefühl, häufiges Wasserlassen)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Unfälle/ Operationen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Beschwerden am Bewegungsapparat: <small>(z.B. Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule, Bandscheibenvorfall, Schulter)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Herz-/ Kreislauferkrankungen: <small>(z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Erkrankungen der Atmungsorgane: <small>(z.B. Tuberkulose, Lungenentzündung, Auswurf, Husten, Bronchitis)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Erkrankungen des Verdauungstraktes: <small>(z.B. Magen, Darm, Leber, Galle)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Neurologische Störungen: <small>(z.B. Schwindel, Lähmungen, Epilepsie, Gleichgewicht, Bewusstseinsstörung)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Stoffwechselerkrankungen: <small>(z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Psychische Beschwerden: <small>(z.B. Depressionen, Schizophrenie)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Schlafstörungen oder Tagesmüdigkeit: <small>(z.B. Schlafapnoe-Syndrom)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Bekannte Hauterkrankungen: <small>(z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Bekannte Allergien:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Seh-oder Farbsehstörungen: <small>(z.B. Grauer-oder Grüner Star, Glaukom)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Hörstörung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Bluterkrankung: <small>(z.B. Blutungsneigung, häufig blaue Flecken)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Dauerbehandlung mit Medikamenten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Name:

-Seite 2-

Alkoholkonsum:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie viel proTag/Woche/Monat:
Drogenkonsum:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit meinem _____ Lebensjahr
		<input type="checkbox"/> ja, bis zum _____ Lebensjahr
Wenn Sie Rauchen oder geraucht haben:	<input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren <input type="checkbox"/> Pfeife <input type="checkbox"/> andere	Anzahl pro Tag:

Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welchen:
Haben Sie Hobbys?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Wurden Sie in den letzten 2 Wochen geimpft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

<b>Ich bin mit der Datenerhebung und Verarbeitung meiner Daten einverstanden.</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Alle Angaben wurden von mir vollständig und nach bestem Wissen gemacht:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_