



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Vor der geplanten Gesundheitsuntersuchung (**Blutentnahme, ärztliches Gespräch, körperliche Untersuchung**) bitten wir Sie diesen Anamnesebogen auszufüllen. Vor allem bitten wir um die Angabe von Daten, die sich ggf. in der letzten Zeit geändert haben (z.B.: Telefonnummer, Adresse, etc). Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ihre Daten werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben. Falls der Platz nicht ausreicht benutzen Sie bitte die Rückseite.

Name:				Vorname:			
Telefon Festnetz:				Telefon Handy:			
E-Mail:				Beruf:			
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden				
Kinder:							
Größe:				Gewicht:			
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		Wieviel am Tag?			
				Seit wieviel Jahren?			
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		Welchen?			
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		Welche?			

Wurden Sie schon einmal operiert? (Was, Wann?)

Zurzeit bestehen folgende Beschwerden:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | |

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

- | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD |

Trinken Sie Alkohol? ja nein gelegentlich

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen,
traurig, bedrückt oder hoffnungslos? ja nein

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen,
die Sie sonst gerne tun? ja nein

Bitte bringen Sie folgende Dinge zu Ihrem Termin mit:

- Aktuellster/Letzter **Medikationsplan**
- **Impfpass** zur Überprüfung des Impfstatus u. Beratung (Regel- und Indikationsimpfungen)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.