

# Anamnesebogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

---

---

Sind in der Familie Krankheiten wie z.B. KHK, Diabetes, Tumore, etc. bekannt? Ja  Nein

Wenn ja welche?

---

---

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten? Ja  Nein   
Wenn ja, welche?

---

---

Hatten Sie schon Operationen? Ja  Nein

Wenn ja, welche? (ggf. mit Jahreszahl, wichtig bitte auch  
Herzschriftmacher und Implantate angeben!)

---

---

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja  Nein

Wenn ja welche?

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein

Wenn ja, welche? (bitte auch Pille/Spirale angeben!)

---

---

Rauchen Sie? Ja  Nein

Nehmen Sie Drogen? Ja  Nein

Trinken Sie regelmäßig  
Alkohol? Ja  Nein

Besitzen Sie:

1. Einen Impfpass Ja  Nein

2. Eine Patientenverfügung Ja  Nein