

Anamnese Bogen

Persönliche Daten:

Name: Vorname:
 Geburtstag: Beruf:
 Telefon: Handy:
 E-Mail:.....
 Größe: Gewicht:
 Hat sich Ihr Gewicht in den letzten 6 Monaten stark
 verändert? Nein Ab Zu

Sind die folgenden Krankheiten bei Ihnen oder direkten Familienmitglieder bekannt?

	Nein	Ja	Welche	Familie
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen (erworben und angeboren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombose od. Lungenembolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkerkrankungen (Rheumatische Arthritis, Gicht etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Brille: Dioptrien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krampfleiden/neurologische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Operationen/Unfälle (Blinddarm, Mandeln etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MRSA-Infektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Rauchen Sie?

Nein Ja wie viel:/Tag Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?

Nein Ja wie viel:/Tag Nicht mehr seit:

Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten oder Stimmungsaufheller?

Nein Ja wie viel:/Tag Nicht mehr seit:

