

## Anamnese-Bogen

Name:

Vorname:

geb.:

Größe:

Gewicht:

Telefon Festnetz:

Handy:

Email:

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament	früh	mittags	abends	nachts

Nehmen Sie die Pille oder Hormone ein?

Rauchen Sie?

Seit wann?

Wieviel Zigaretten am Tag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Was?

Wie oft pro Woche?

An welcher Allergie leiden Sie?

Ist Ihr Blutdruck zu hoch?

Sind sie zuckerkrank?

Haben Sie erhöhte Blutfettwerte, z. B. ein erhöhtes Cholesterin?

Haben Eltern, Geschwister oder Großeltern Herzerkrankungen, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen der Beine oder hohen Blutdruck?

**Bitte wenden!**

Haben Eltern, Geschwister oder Großeltern Lungen-, Magen-, Darm-,  
Krebserkrankungen, Zuckerkrankheit?

Leiden Sie an ansteckenden Erkrankungen (z. B. Hepatitis, HIV)?

Sind Sie operiert worden?

Jahr der Operation      Was wurde operiert?

Bei welchen Ärzten sind sie regelmäßig in Behandlung?

Arzt      Grund der Behandlung

Sind Sie schwanger?

Stillen Sie?

Wieviel Kinder haben Sie?

Sind Sie verheiratet?

Was arbeiten Sie?

Unsere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der im Wartebereich  
aushängenden Datenschutzerklärung bzw. der Datenschutzerklärung auf unserer  
Homepage.

Potsdam, den

Unterschrift