



Anamnese Fragebogen

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon/Handy _____

E-Mail _____

Derzeitiger Beruf _____

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck Ja ☐ Nein ☐

Diabetes mellitus Ja ☐ Nein ☐

Fettstoffwechselstörung, erhöhte Cholesterinwerte Ja ☐ Nein ☐

Durchblutungsstörungen in den Beinen Ja ☐ Nein ☐

Lungenembolie Ja ☐ Nein ☐

Lungenerkrankungen (Asthma, COPD,...) Ja ☐ Nein ☐

Schilddrüsenerkrankungen Ja ☐ Nein ☐

Magen-Darm-Erkrankungen Ja ☐ Nein ☐

Nierenerkrankungen Ja ☐ Nein ☐

Psychische Erkrankungen Ja ☐ Nein ☐

Gicht Ja ☐ Nein ☐

Sonstige Erkrankungen Ja ☐ Nein ☐

Wenn JA, welche _____

Krebserkrankungen Ja ☐ Nein ☐

Wenn JA, welche _____

Herzinfarkt Ja ☐ Nein ☐

Wenn JA, wann _____

Schlaganfall Ja ☐ Nein ☐

Wenn JA, wann _____

Thrombose Ja ☐ Nein ☐

Wenn JA, wo _____

Rauchen Sie?

Ja, seit wann und wie viel pro Tag? _____ Nein ☐

Ich habe bis _____ geraucht.

Bitte Rückseite beachten -->

Wurden bei Ihnen Operationen vorgenommen, wenn ja, wann , warum und wo?

Jahr	Erkrankungen	Behandelt in / bei

Sind folgende Erkrankungen in Ihrer blutsverwandten Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) aufgetreten?

Herzinfarkt Ja ☐ Nein ☐

Wenn JA, bei wem und in welchem Alter? _____

Koronare Herzkrankheit (Bypass-OP, Stent) Ja ☐ Nein ☐

Wenn JA, bei wem und in welchem Alter? _____

Schlaganfall Ja ☐ Nein ☐

Wenn JA, bei wem und in welchem Alter? _____

Bluthochdruck Ja ☐ Nein ☐

Wenn JA, bei wem und in welchem Alter? _____

Diabetes mellitus Ja ☐ Nein ☐

Wenn JA, bei wem und in welchem Alter? _____

Krebserkrankungen Ja ☐ Nein ☐

Wenn JA, bei wem, welcher und in welchem Alter? _____

Sind Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

Wenn ja, welche? _____ Nein ☐

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

Sonstiges _____