

ANAMNESEBOGEN

VORNAME:			
NACHNAME:			
STRASSE:			
POSTLEITZAHL:		ORT / STADT:	
GEB.-DATUM:		VERS.NUMMER:	
TEL.-Nr.:			

HAUSARZT / ALLGEMEINMEDIZINER:

CORONA IMPFUNG:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
DURCHGEMACHTE CORONA INFektion / KRANKHEIT:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

BERUF / FRÜHERE BERUFLICHE TÄTIGKIT:

BEKANNTE BERUFSKRANKHEIT:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		

SCHWANGERSCHAFT:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
-------------------------	-----------------------------	-------------------------------

HAUSTIERE:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		

RAUCHEN:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viel Stück pro Tag:	Seit wann:	
Wenn Sie Ex-Raucher sind, wann haben Sie aufgehört zu Rauchen?		

SCHLAFSTÖRUNGEN:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		

SCHNARCHEN:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
--------------------	-----------------------------	-------------------------------

NÄCHTLICHE ATEMAUSSETZER:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

TAGESMÜDIGKEIT:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------------	-------------------------------

ALLERGIEN:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		

HEUSCHNUPFEN:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn ja, gegen welche Pollen sind Sie allergisch?		

MEDIKAMENTENALLERGIEN:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		

BEKANNTE ERKRANKUNGEN / INFektionen (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN):		
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Krampfanfälle
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Nervenleiden
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	
<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	

ANAMNESEBOGEN

Tumorleiden:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		
OPERATIONEN:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		
KREBSTHERAPIEN:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
LETZTER KRANKENHAUSAUFENTHALT:		
Wann:	Warum:	
(REGELMÄSSIGE) MEDIKAMENTE:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		
FAMILIÄRE ERKRANKUNGEN (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN):		
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Asthma (COPD)	<input type="checkbox"/> Tumorleiden
<input type="checkbox"/> Leberkrankung	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	
DERZEITIGE BESCHWERDEN:		
Atemnot:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn ja:	In Ruhe: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Bei Belastung: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Husten:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn ja, mit Auswurf:	JA <input type="checkbox"/>	Wenn ja, Farbe: NEIN <input type="checkbox"/>
Schmerzen:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo:		
Sonstige Beschwerden:		
Seit wann bestehen diese Beschwerden:		
Aktuelle Befunde?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		
Datum:	Unterschrift:	