

ANAMNESEBOGEN

| | | | |
|----------------------|--|---------------------|--|
| VORNAME: | | | |
| NACHNAME: | | | |
| STRASSE: | | | |
| POSTLEITZAHL: | | ORT / STADT: | |
| GEB.-DATUM: | | TEL.-NR.: | |

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 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 TÄTIGKEIT: | | |
|--|--|--|

| | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 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 | |

| | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Tumorleiden: | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche: | | |

ANAMNESEBOGEN

| | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 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"/> |

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Allergiebeschwerden: | JA <input type="checkbox"/> | 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: |
|--------|---------------|