

Anamnesebogen (Vordruck3)

Name Vorname

Geburtsdatum Gewicht Größe

Ihre Beschwerden und Lebensgewohnheiten ja/ nein

Meine hauptsächlichsten Beschwerden sind: <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? <input style="width: 300px;" type="text"/> Wenn ja, wie viel Zigaretten/Tag:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? <input style="width: 300px;" type="text"/> Wenn ja seit wann:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie Sport? <input style="width: 300px;" type="text"/> Welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie regelmäßig Obst und Gemüse? Welches. <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Sie gut? <input style="width: 300px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie berufliche oder private Sorgen? <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten sechs Monaten eine Auslandsreise unternommen? Das Reiseziel war: <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner Familie gibt es folgende Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen usw.) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine eigenen Vorerkrankungen (z.B. Asthma, Nierenprobleme, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hoher Blutdruck, Diabetes, Rheuma, Rücken- und Gelenkerkrankungen): <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Allergien gegen Medikamente, Pollen, Lebensmittel bekannt? Wenn ja, welche? <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde bereits operiert (bitte Krankheitsbild und Datum angeben): <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte folgende Unfälle (mit Datum): <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine letzten Untersuchungen (Röntgen, Ultraschall, MRT, CT) waren am <input style="width: 100px;" type="text"/> Wegen welcher Beschwerden? <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterlagen und Aufnahmen/Beschreibungen liegen vor <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift