

Anamnesebogen

VORNAME:

NACHNAME:

GEBDAT:

Adresse:

Alter: Größe: cm Gewicht:kg

Telefonnummer: Beruf:

Aktuelle Beschwerden:.....
.....**Risikofaktoren**

Rauchen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, wieviel?
Drogen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, welche?
Alkohol	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, wieviel?

Allergien/Unverträglichkeiten Nein Ja, Welche?**Vorerkrankungen/Operationen** Nein Ja, Welche?**Dauermedikation** Nein Ja, Welche?**Ernährung****(z.B. vegan)****Letzte Impfungen (Tetanus, Masern, Grippe etc.), Wann?**

.....

Familienanamnese (Krebs-/Herz-Kreislauf-Erkrankungen/Diabetes etc.)

.....

Sonstiges (andere Belastungsfaktoren/Familienstand/Kinder etc.)

.....