

## Anamnesebogen

### Persönliche Angaben:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

### Um Sie etwas besser kennen zu lernen, bitte wir Sie, folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitsstatus zu beantworten.

Bei welchem Arzt waren/sind Sie in Behandlung? \_\_\_\_\_

### Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie bekannt? JA / NEIN

Rücken/Gelenkserkrankungen \_\_\_\_\_

Magen-Darm \_\_\_\_\_

Blase-Nieren \_\_\_\_\_

Hauterkrankungen \_\_\_\_\_

Herz-Kreislaufkrankungen \_\_\_\_\_

Lungenerkrankungen \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankungen \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

### Andere Angaben

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

☐ JA ☐ NEIN

Wenn JA, wie viel pro Tag \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

☐ JA ☐ NEIN

Wenn JA, wie viel pro Tag \_\_\_\_\_

Sind Sie schon operiert worden?

☐ JA ☐ NEIN

Wenn JA, welche OP und wann? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen z.B. Tumorerkrankungen, Schlafapnoe festgestellt worden?

☐ JA ☐ NEIN

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es bereits psychiatrische Diagnosen?

☐ JA ☐ NEIN

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

Grad der Behinderung	_____	Pflegegrad	_____
gesetzlicher Betreuer	_____		
Patientenverfügung?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	_____		
<i>(bei Bedarf Freifeld Notizen verwenden)</i>			
Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche?	_____		
Existiert ein Medikamentenplan?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	(wenn JA, bitte mitbringen)	
Ort, Datum	_____		
Unterschrift des Patienten	_____		

<b>Aktuelle psychische Beschwerden</b>

<b>Notizen</b>