



Anamnesebogen Neuaufnahmen

Datum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse (Str., PLZ, Ort): _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Familienstand/Kinder: _____

Impfstatus vollständig: (Impfausweis mitbringen) ja nein

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Raucherstatus: ja ___/Tag nie gelegentlich

Ex-Raucher seit: ___/___

(Zigarette, E-Zigarette, Pfeife, Zigarillo) (nicht zutreffendes streichen)

Alkohol: ja: nein gelegentlich

Allergien: nein: ja welche _____

Operationen: _____

(welches Jahr?)

Diagnosen: _____

Medikamente: ja welche? (siehe Anlage) nein

regelm. Krebsvorsorge: ja wann zuletzt? _____ nein

Darmspiegelung: ja wann zuletzt? _____ nein

Familiäre Anamnese (wenn ja, bei wem?)

koronare Herzkrankheit _____

Diabetes _____

Blutdruck _____

Asthma _____

sonstige _____

Nieren _____

Schlaganfall _____

erhöhte Fette _____

Krebs _____

(welche Art) _____

