

Anamnesebogen/Krankenvorgeschichte

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Handy: _____ Adresse: _____
Telefon: _____
Email-Adresse: _____

Familienstand: _____

Wohnsituation: alleine ☐ mit Angehörigen/Partner*in ☐

Patientenverfügung: ja ☐ nein ☐ Vorsorgevollmacht: ja ☐ nein ☐ Pflegegrad: _____

Beruf: _____ berentet ☐ Arbeitssuchend/krank ☐

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an folgenden Erkrankungen?

	nein	ja	Seit wann? Nähere Angaben
Bluthochdruck	☐	☐	_____
Herzerkrankungen	☐	☐	_____
Schlaganfall	☐	☐	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	☐	☐	_____
Zuckerkrankheit/Diabetes	☐	☐	_____
Fettstoffwechselstörung	☐	☐	_____
Tumorerkrankungen	☐	☐	_____
Lebererkrankungen	☐	☐	_____
Nierenerkrankung	☐	☐	_____
Blutungsstörungen/Bluterkrankungen	☐	☐	_____
Lungenerkrankungen (Asthma/COPD)	☐	☐	_____
Thrombose/Lungenembolie	☐	☐	_____
Augenerkrankungen	☐	☐	_____
Psychische Erkrankungen	☐	☐	_____
Krampfleiden/neurologische Erkrankungen	☐	☐	_____
Unfälle	☐	☐	_____
Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐	_____
Operationen	☐	☐	_____
Chronische Infektionskrankheiten	☐	☐	_____
Sonstiges	☐	☐	_____

Konsumieren Sie...?	nein	ja	Wie viel?	Nicht mehr seit
Tabak	☐	☐		
Alkohol	☐	☐		
Cannabis	☐	☐		
Sonstige	☐	☐		

Körpergröße	cm	Gewicht	kg
		in letzten 6 Monaten	kg
			zugenommen ☐
			abgenommen ☐

Hatten Sie eine der folgenden Untersuchungen?

	nein	ja	Wann?	Ergebnis?
Darmspiegelung	☐	☐		
Herzkatheter	☐	☐		

Allergien

	nein	ja	Welche?
Leiden Sie an Allergien?	☐	☐	
Hatten Sie einen anaphylaktischen Schock?	☐	☐	

Leidet jemand in Ihrer Familie an einer der folgenden Erkrankungen?

	nein	ja	Nähere Angaben
Herzinfarkt/Herzerkrankung	☐	☐	
Schlaganfall	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	
Krebserkrankungen	☐	☐	
Thrombose	☐	☐	
Blutungsstörungen	☐	☐	
Psychische Erkrankung	☐	☐	

Medikamente:

(Ggfs. Plan beilegen) _____

Notfallkontakt/Angehörige, die Auskunft bekommen dürfen:

Name:	Telefonnummer:
_____	_____
_____	_____

Frankfurt, den

Unterschrift: