



ANAMNESEBOGEN

Name: _____, geb.: _____

Telefon-/Handynummer: _____ SMS-Benachrichtigung

Email-Adresse: _____ E-Mail-Benachrichtigung

Größe: _____ Gewicht: _____

Befundauskunft darf erfolgen an: _____
(Angehörige etc.)

Erlerner Beruf und aktuelle Tätigkeit: _____

Liebe/r Patient/ in, bitte füllen Sie auf diesem Bogen die angegebenen Fragen zu Ihrer Krankengeschichte aus.
Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ergänzen.

1. Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen:

- Hypertonus (erhöhter Blutdruck)
- Herzinfarkt – Wann?
- Herzkatheter – Wann?
- Diabetes mellitus (erhöhter Blutzucker)
- Nierenerkrankung – Welche?
- Magenerkrankung (z.B. Magengeschwür oder Magenschleimhautentzündung)
- Darmerkrankungen (insbesondere chronische entzündliche Darmerkrankungen)
- Durchfallneigungen (mehr als 2x Stuhlgang pro Tag)
- Schilddrüsenerkrankung
- Lebererkrankungen
- Lungenerkrankungen (Asthma/ COPD/ Sarkoidose/ Fibrose)
- Tuberkulose
- Augenerkrankungen (z.B. Grüner Star (Glaukom)/ Grauer Star (Katarakt))
- Hauterkrankungen
- Sonstige Erkrankungen

2. Wann wurden bei Ihnen welche Operationen durchgeführt? (ggf. künstliche Gelenke etc. bitte mit Seitenangaben)

3. Wann hatten Sie welche Knochenbrüche? Falls ja bitte mit Seitenangaben!

4. Hatten Sie jemals ein Karzinom? Wurden Sie bestrahlt? Wurde bei Ihnen eine Chemotherapie angewendet?

5. Wann waren Sie zuletzt zur Vorsorgeuntersuchung beim Urologen/ Frauenarzt und/ oder Internisten zur Koloskopie (Darmspiegelung) oder Gastroskopie (Magenspiegelung)?

6. Gegen welche Medikamente sind bei Ihnen Allergien bekannt?

7. Bitte tragen Sie hier Ihre Medikamente ein:

1.	6.
2.	7.
3.	8.

8. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente wie Marcumar, Falithrom, Xarelto o.ä. ein?

 Ja Nein

Medikament: _____

Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? ja nein

Anzahl der Impfungen:

Datum, Unterschrift,

Tagesdatum _____