



---

## 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 \_\_\_\_\_