

Anamnesebogen Neupatient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf/Tätigkeit:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Krankenkasse:

Familienstand:

Körpergröße: (cm) Körpergewicht: (kg)

Rauchen Sie? Nein ☐ Ja ☐ Wenn ja, wie viel:/pro Tag

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein ☐ Ja ☐

Haben Sie Allergien? Nein ☐ Ja ☐ Welche?

- Gegen Medikamente? Nein ☐ Ja ☐ Wenn ja, welche?

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck Nein ☐ Ja ☐

Herzerkrankungen

- Herzinfarkt Nein ☐ Ja ☐

- Koronare Herzkrankheit (KHK) Nein ☐ Ja ☐

- Herzinsuffizienz Nein ☐ Ja ☐

- Sonstige:

Schlaganfall Nein ☐ Ja ☐

Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein ☐ Ja ☐ Welche?

Tumorerkrankungen Nein ☐ Ja ☐ Welche?

Chronische Infektionskrankheiten

(z.B. HIV, Hepatitis) Nein ☐ Ja ☐ Welche?

Lungenerkrankung (Asthma, COPD) Nein ☐ Ja ☐ Welche?

Gefäßerkrankung

- arterielle (z.B. pAVK) Nein ☐ Ja ☐ Welche?
- venöse (z.B. Lungenembolie, Chronisch-venöse Insuffizienz, Thrombose) Nein ☐ Ja ☐ Welche?

Krampfleiden/neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie)

Nein ☐ Ja ☐ Welche?

Liegt ein Grad der Behinderung vor? Nein ☐ Ja ☐ Welcher?

Liegt ein Pflegegrad vor? Nein ☐ Ja ☐ Welcher?

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein ☐ Ja ☐

Herzerkrankungen

- Herzinfarkt Nein ☐ Ja ☐
- Koronare Herzkrankheit (KHK) Nein ☐ Ja ☐
- Herzinsuffizienz Nein ☐ Ja ☐
- Sonstige:

Schlaganfall Nein ☐ Ja ☐

Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein ☐ Ja ☐

Tumorerkrankungen Nein ☐ Ja ☐

Thrombose o. Lungenembolie Nein ☐ Ja ☐

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zu Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift