

Anamnesebogen

Allgemeine Angaben

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Straße: _____ Postleitzahl: _____

Ort: _____ Beruf: _____

Nächste Angehörige/Betreuer/Bevollmächtigte:

Grad der Behinderung: _____ Pflegegrad: _____

Ist eine Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht vorhanden? nein ☐ ja ☐

Vorheriger Hausarzt: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (ggf. Medikamentenplan vorlegen):

Wurde bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt? nein ☐ ja ☐ _____

Letzter CheckUp: _____ Letzter Hautcheck: _____

Letzte Darmkrebsvorsorge: _____

Haben Sie einen Impfausweis? Bringen Sie diesen bitte zur nächsten Untersuchung mit.

Vorerkrankungen

seit wann / weitere Angaben:

Bluthochdruck nein ☐ ja ☐ _____

Herzerkrankung nein ☐ ja ☐ _____

Schlaganfall nein ☐ ja ☐ _____

Durchblutungsstörungen nein ☐ ja ☐ _____

Zuckerkrankheit/Diabetes nein ☐ ja ☐ _____

Fettstoffwechselstörung	nein ☐ ja ☐	_____
Tumorerkrankung	nein ☐ ja ☐	_____
Lebererkrankung	nein ☐ ja ☐	_____
Nierenerkrankung	nein ☐ ja ☐	_____
Bluterkrankungen	nein ☐ ja ☐	_____
Lungenkrankheit (COPD/Asthma)	nein ☐ ja ☐	_____
Krampfleiden	nein ☐ ja ☐	_____
Thrombose/Lungenembolie	nein ☐ ja ☐	_____

Chronische Infektionskrankheiten	nein ☐ ja ☐	_____
Neurologische Erkrankungen	nein ☐ ja ☐	_____
Operationen	nein ☐ ja ☐	_____

Unfälle	nein ☐ ja ☐	_____
---------	---	-------

Sonstiges _____

Allergien gegen Medikamente	nein ☐ ja ☐	_____
Andere Allergien	nein ☐ ja ☐	_____
Rauchen Sie?	nein ☐ ja ☐	_____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol	nein ☐ ja ☐	_____
Treiben Sie Sport (was, wie oft)	nein ☐ ja ☐	_____

Erkrankungen in der Blutsverwandtschaft

Bluthochdruck	nein ☐ ja ☐	_____
Herzinfarkt/ Herzerkrankungen	nein ☐ ja ☐	_____
Schlaganfall	nein ☐ ja ☐	_____
Diabetes mellitus	nein ☐ ja ☐	_____
Tumorerkrankungen	nein ☐ ja ☐	_____
Thrombose	nein ☐ ja ☐	_____

Vielen Dank!

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Betreuer