

## Anamnesebogen

Name:	Vorname:
Geb.:	Beruf:
Str. & Nr.:	Tel.:
PLZ/Ort:	
Krankenkasse: _____	
Familierversichert: Ja ( )      Nein ( )	
Bei wem mitversichert? Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____	
Private Zusatzversicherung:	

### 1. Vorerkrankungen:

#### Magen-Darm-Erkrankungen

- Gastritis
- Magengeschwür (Ulkus)
- Colitis ulcerosa
- Morbus Crohn
- Leberzirrhose
- Sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Atemwegserkrankungen

- COPD
- Asthma bronchiale
- Allergisches Asthma
- Sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Bluthochdruck
- Durchblutungsstörungen
- Herzrhythmusstörungen
- Koronare Herzkrankheit
- Angina Pectoris
- Z.n. Herzinfarkt    Jahr: \_\_\_\_\_
- Z.n. Schlaganfall    Jahr: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Stoffwechselerkrankungen

- Fettstoffwechselstörung
- Diabetes Mellitus 1 / 2
- Schilddrüsenerkrankung
- Übergewicht
- Psoriasis
- Neurodermitis
- Nierensteine
- Gallensteine

#### Psychogene Erkrankungen

- Depression
- Phobien
- Angststörung
- Sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Bösartige Erkrankungen

- Darm-Ca.
- Magen / Speiseröhren-Ca.
- Lungen-Ca.
- Mamma-Ca.
- Prostata-Ca.
- Sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Allergien/Unverträglichkeiten

- Medikamente
- Kontrastmittel
- Jod
- Inhaltsstoffe
- Sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Infektionskrankheiten

- Hepatitis A ( ) B ( ) C ( )
- HIV
- Borreliose
- MRSA / ESBL
- Tuberkulose

**Nikotin**

Ja ( )                      Nein ( )  
Zig./Tag: \_\_\_\_\_ Wie viele Jahre? \_\_\_\_\_

**Alkohol**

Ja ( )                      Nein ( )  
Wie viel? \_\_\_\_\_

**2. Regelmäßige Medikamenteneinnahme:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**3. Einnahme blutverdünnender Medikamente:**

Ja ( )                      Nein ( )

- ASS 100
- Marcumar
- Plavix (Clopidogrel)
- Pradaxa (Dabigatran)
- Eliquis (Apixaban)
- Efient (Prasugrel)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- Wegen:
- Koronare (Herz)-Stents
  - Vorhofflimmern
  - Bypass-OP
  - Herzschrittmacher-OP
  - Z.n. Thrombose re. ( ) li. ( )

**4. Operationen:      Ja ( )                      Nein ( )**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**5. Aktuelle Beschwerden:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Besteht bei Ihnen aktuell eine Schwangerschaft?      Ja ( )                      Nein ( )**

Berlin, den \_\_\_\_\_                      Unterschrift: \_\_\_\_\_