

Anamnesebogen

Name: Vorname: geb.:

Adresse:

Telefonnummer / ggf. Email:

Erlerner Beruf: zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

Aktuelle Erkrankungen oder Beschwerden (bitte unbedingt ausfüllen!):

.....

Gesundheitsvorgeschichte:

ja nein wenn ja, welche?, (seit) wann?

Erkrankungen bei Familienmitgliedern

(z.B. Herzkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Allergien,
 Tumorleiden, Gemütskrankheiten)

.....

Eigene Erkrankungen:

Herzkrankungen

(z.B. Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen,
 Herzschmerzen, Herzinfarkt, Atemnot bei Anstrengungen)

Kreislauf- und Gefäßerkrankungen

(z.B. zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Krampfadern, Thrombose)

Erkrankungen der Atemwege

(z.B. Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tuberkulose)

Stoffwechselerkrankungen

(z.B. Diabetes, Fettstoffwechselstörung, Gicht, Schilddrüsenfunktionsstörung)

Magen-Darm-Erkrankungen

(z.B. Geschwüre, Entzündungen, Infektionen)

Lebererkrankungen

(z.B. Gelbsucht, Hepatitis)

Nieren-Blasen-Leiden

(z.B. Entzündungen, Nierensteine, Koliken)

Gemütskrankheiten

(z.B. Depressionen, Ängste)

Nervenkrankheiten

(z.B. Schädel-Hirn-Verletzungen, Lähmungen, Sprachstörungen)

Bewusstseinsstörungen

(z.B. Anfälle, Epilepsie, Ohnmachten, Schwindel)

.....
 Zutreffendes bitte ankreuzen.

	Ja	nein	wenn ja, welche?, (seit) wann?
Erkrankungen der Knochen, Muskeln und Gelenke (z.B. Verletzungen, Knochenbrüche, Rheuma, Osteoporose, Bandscheibenschäden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen (z.B. Schuppenflechte, Ekzeme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergische Erkrankungen (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Ekzeme, Medikamenten- und Nahrungsmittelallergien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen (z.B. Grauer oder Grüner Star, bei Herabsetzung der Sehschärfe Brillenstärke angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen (z.B. Schwerhörigkeit, Entzündungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezogen, beziehen oder beantragen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht oder beantragen Sie eine Schwerbehinderung? (Bitte Grad der Behinderung angeben.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? (Schwangerschaftswoche, voraussichtlicher Entbindungstermin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notieren Sie bitte alle Medikamente, die Sie regelmäßig oder Bedarfsweise einnehmen:

Welche?	Art der Einnahme:	seit wann:

Notieren Sie bitte alle Behandlungen (Krankenhausaufenthalte, Operationen, Physiotherapien, Rehabilitationsbehandlungen, Psychotherapien) und frühere Begutachtungen:

Weswegen?	Wann?	Wo?

Notieren Sie bitte Ihre behandelnden Ärzte:

Name / Fachrichtung	Anschrift:

Ich versichere, die Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Gegebenenfalls zusätzliche Angaben oder Anmerkungen:

.....
Ort. Datum

.....
Unterschrift

 Zutreffendes bitte ankreuzen.