



Datum:.....

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum: **Beruf:**

Telefon: **Handy:**

E-Mail:

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

Krankheit	Nein	Ja	Seit wann? Nähere Angaben
Bluthochdruck			
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt			
Herzerkrankungen			
Schlaganfall			
Durchblutungsstörungen der Beine			
Zuckerkrankheit/ Diabetes			
Fettstoffwechselstörungen			
Tumorerkrankungen			
Lebererkrankungen			
Chronische Infektionskrankheiten			
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen			
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)			
Thrombose oder Lungenembolie			
Augenerkrankungen			
Psychische Erkrankungen			
Schilddrüsenerkrankungen			
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen			
Operationen/Unfälle			
Sonstiges			

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel:nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein ☐ Ja ☐

- Gegen Medikamente? Nein ☐ Ja ☐
- Wenn ja, gegen welche?.....
- Andere Allergien:

Wie groß sind Sie:cm Wieviel wiegen Sie:kg

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen?

nein ☐ zu ☐ ab ☐

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

.....

.....

Ergänzende Anamnese

	Nein	Ja	Seit wann? Nähere Angaben
Psychische Belastungsfaktoren, durch Konflikte, z.B. mit Partner/Familie/soziales Umfeld/Arbeitskollegen/Vorgesetzten/Arbeitslosigkeit/Schule/Trauerfall			
Familienstand?, Kinder?			
Beruf: Erlernter Beruf/Derzeitige Tätigkeit/Arbeitslosigkeit/Berentung			
Freizeit: Sport/ Verein/ Sonstiges			
Versorgung durch: Eigenständig/ Haushaltshilfe/Lebenspartner/Kinder/ Tägliche Betreuung/ Seniorenheim			

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Krankheit	Nein	Ja
Bluthochdruck		
Herzerkrankungen		
Schlaganfall		
Durchblutungsstörungen der Beine		
Zuckerkrankheit/ Diabetes		
Tumorerkrankungen		
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen		
Thrombose oder Lungenembolie		

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

.....

.....

.....