

## Anamnesebogen

**Vorname und Name:**

**Geburtsdatum:**

Sind bei Ihnen Erkrankungen in diesen Bereichen bekannt (aktuell oder früher):

Wenn Ja, bitte weiter erläutern:

Lunge/Atemwege (z.B. Asthma)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Herz/Blutdruck (z.B. Herzinfarkt)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Blutgefäße (z.B. Krampfadern)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Knochen/Gelenke/Wirbelsäule	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Rheuma	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Haut (z.B. Schuppenflechte)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Blut	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Augen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Ohren	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Nieren/Blase	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Bauchorgane (Magen, Leber,...)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Weichteilbrüche (z.B. Leistenbruch)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
gynäkolog. Erkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Schilddrüse	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Diabetes	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Gehirn/Nervensystem (z.B. Epilepsie)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Psyche	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Operationen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Krebs:	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Allergien:	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja

Sonstiges:

weitere Angaben:

Bitte Rückseite beachten, danke.

Wenn Ja, bitte weiter erläutern:

aktuelle Beschwerden  Nein  Ja

Rauchen (aktuell oder früher)  Nein  Ja

Alkohol (wie oft? was?)  Nein  Ja

regelm. Medikamente  Nein  Ja

regelm. Sport  Nein  Ja

Kur/Reha (wenn ja, wann zuletzt)  Nein  Ja

Grad der Behinderung („Prozente“):  Nein  Ja  
wegen:

erlernter Beruf:

aktuell tätig als (bzw. angestrebt):  seit/ab:

frühere arbeitsmedizinische Vorsorgen:  Nein  Ja

wenn ja, welche:

Datum:

Unterschrift:

Bemerkungen Arzt: