

Anamnesebogen

Untersuchungsdatum:.....

Name:.....

Adresse:.....

Telefon:.....

Sozialversicherungs-Nr./Geb.-Datum: ___ ___ ___ / ___ ___ ___

E-Mail :

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Was ist der Grund für diese Untersuchung?

Hatten Sie in letzter Zeit körperliche

Beschwerden? JA NEIN

Hatten Sie im letzten Jahr
Spitalaufenthalte? JA NEIN

Haben/Hatten Sie eine Krebserkrankung

JA NEIN

wenn Ja welche?.....

Hatten Sie bei körperlicher Belastung jemals eines der folgenden Symptome:

Bewusstlosigkeit?
 JA NEIN

Schwindel?
 JA NEIN

Schmerzen in der Brust
 JA NEIN

Ungewöhnliche starke Atemnot?
 JA NEIN

Extraschläge/Herzrasen?
 JA NEIN

Ist jemand in Ihrer Blutverwandtschaft
vor dem 40. Lebensjahr verstorben?
 JA NEIN

Hatten sie jemals eine Kopfverletzung?

JA NEIN

Hatten Sie jemals einen epileptischen
Anfall? JA NEIN

Haben oder hatten Sie jemals Krankheiten an folgenden Organen? Zutreffendes bitt ankreuzen

Wenn Ja, welche?

Bluthochdruck JA NEIN

Diabetes JA NEIN

Fettstoffwechselstörung
 JA NEIN

Herz (Rhythmusstörungen, Angina
pectoris, Herzinfarkt, Herzklappen,
etc.) JA NEIN

Kopf/Gehirn (häufig Kopfschmerzen,
Migräne etc.) JA NEIN

Atemwege, Lunge (auch Asthma)
 JA NEIN

Schilddrüse JA NEIN

Magenerkrankung JA NEIN

Lebererkrankung JA NEIN

Gelenk-Rheuma JA NEIN

Gicht JA NEIN

Nierenerkrankung JA NEIN

Hautkrankheit JA NEIN

Bitte die Rückseite auch ausfüllen

