

Anamnesebogen

Datum: Tagesdatum _____

Name, Vorname _____, geb. am: _____

Geburtsname _____

Adresse _____

Telefon privat _____ ggf. geschäftlich _____

Mobil _____ Email _____

Beruf _____

Hausarzt/Ort _____

Anderer Facharzt _____

z.B. Diabetologe, Nephrologe, Gynäkologe, etc.

Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg

Aktuelle Beschwerden (bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>	Veränderungen der Körpergröße
<input type="checkbox"/>	Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	Herzschmerzen	<input type="checkbox"/>	Veränderungen der Hände/Füße
<input type="checkbox"/>	Heißhunger	<input type="checkbox"/>	Herzklopfen/-jagen	<input type="checkbox"/>	Zyklusstörungen (bei Frauen)
<input type="checkbox"/>	Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	Herzstiche	<input type="checkbox"/>	Erektionsstörungen (bei Männern)
<input type="checkbox"/>	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	Geringes Interesse an Sex
<input type="checkbox"/>	Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen		
<input type="checkbox"/>	Durchfall	<input type="checkbox"/>	Konzentrationsstörungen		
<input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	Kälteempfindlichkeit		
<input type="checkbox"/>	Nervosität	<input type="checkbox"/>	Wärmeempfindlichkeit		
<input type="checkbox"/>	Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	Hitzegefühl		
<input type="checkbox"/>	Angstgefühle	<input type="checkbox"/>	Fieber		
<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	Vermehrtes Schwitzen		
<input type="checkbox"/>	Gesteigerter Antrieb	<input type="checkbox"/>	Haarausfall		
<input type="checkbox"/>	Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	Vermehrte Körperbehaarung		
<input type="checkbox"/>	Leistungsabfall	<input type="checkbox"/>	Akne		
<input type="checkbox"/>	Kraftlosigkeit	<input type="checkbox"/>	Trockene Haut		
<input type="checkbox"/>	Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	Brüchige Fingernägel		
<input type="checkbox"/>	Schlafbedürfnis erhöht	<input type="checkbox"/>	Taubheitsgefühl, Kribbeln		
<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen		
<input type="checkbox"/>	Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>	Gelenkbeschwerden		
<input type="checkbox"/>	Wassereinlagerungen	<input type="checkbox"/>	Knochenschmerzen		
<input type="checkbox"/>	dicke Beine	<input type="checkbox"/>	Muskelschmerzen		

Beschwerden im Halsbereich:	
<input type="checkbox"/>	Zunahme des Halsumfanges
<input type="checkbox"/>	Druckgefühl/Engegefühl
<input type="checkbox"/>	Heiserkeit
<input type="checkbox"/>	Veränderung der Stimme
<input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden/Kloßgefühl
<input type="checkbox"/>	Knotenbildung
<input type="checkbox"/>	Halsschmerzen

Sonstiges:

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht (seit wie vielen Jahren, wie viele Zigaretten pro Tag)?

Wie viel Alkohol trinken Sie in der Woche? (z.B. 2 Bier/Tag oder 1 Glas Wein/ Woche)

Haben Sie Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja welche?

Bei Frauen: Letzte Regel (Datum o. Jahr) _____ regelmäßig unregelmäßig

Schwangerschaft nein ja , Schwangerschaftswoche: _____

Hormoneinnahme (z.B. Pille) nein ja , folgende Präparate: _____

WEITER AUF SEITE 2

Patient:

Haben oder hatten Sie weitere Erkrankungen?	Welche Erkrankung ?/Wann ?
Herz	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____ _____
Blutdruck	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Zuckerkrankheit/Diabetes	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Fettstoffwechselstörungen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Schilddrüse	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Osteoporose	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Lunge	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Leber	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Magen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Darm	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Niere	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Blase	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Prostata	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Muskeln	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Knochen/Gelenke	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Neurol./Psychiatr. Erkrank.	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Hals-Nasen, Ohrenbereich	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Augen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Haut	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Nebenniere	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Hirnanhangdrüse (Hypophyse)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Thrombosen/Lungenembolie	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Erkrankungen des Blutes	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Krebserkrankungen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Schlafapnoe	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Gynäkologische Erkrankungen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____
Sonstiges	_____ _____

Sind Sie bereits einmal operiert worden? Woran und wann?

Gibt es Krankheiten in der Familie? (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder)

z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Rheuma, Schilddrüse, Thromboseneigung, Rheuma

WEITER AUF SEITE 3

