

Anamnesebogen

Datum: _____

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

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):

☐	Gewichtszunahme	☐	Atemnot	☐	Veränderungen der Körpergröße
☐	Gewichtsabnahme	☐	Herzschmerzen	☐	Veränderungen der Hände/Füße
☐	Heißhunger	☐	Herzklopfen/-jagen	☐	Zyklusstörungen (bei Frauen)
☐	Appetitlosigkeit	☐	Herzstiche	☐	Erektionsstörungen (bei Männern)
☐	Übelkeit	☐	Sehstörungen	☐	Geringes Interesse an Sex
☐	Verstopfung	☐	Kopfschmerzen		
☐	Durchfall	☐	Konzentrationsstörungen	☐	Beschwerden im Halsbereich:
☐	Bauchschmerzen	☐	Kälteempfindlichkeit	☐	Zunahme des Halsumfanges
☐	Nervosität	☐	Wärmeempfindlichkeit	☐	Druckgefühl/Engegefühl
☐	Innere Unruhe	☐	Hitzegefühl	☐	Heiserkeit
☐	Angstgefühle	☐	Fieber	☐	Veränderung der Stimme
☐	Depression	☐	Vermehrtes Schwitzen	☐	Schluckbeschwerden/Kloßgefühl
☐	Gesteigerter Antrieb	☐	Haarausfall	☐	Knotenbildung
☐	Antriebslosigkeit	☐	Vermehrte Körperbehaarung	☐	Halsschmerzen
☐	Leistungsabfall	☐	Akne		
☐	Kraftlosigkeit	☐	Trockene Haut	☐	Sonstiges:
☐	Müdigkeit	☐	Brüchige Fingernägel		
☐	Schlafbedürfnis erhöht	☐	Taubheitsgefühl, Kribbeln		
☐	Schlafstörungen	☐	Rückenschmerzen		
☐	Wadenkrämpfe	☐	Gelenksbeschwerden		
☐	Wassereinlagerungen	☐	Knochenschmerzen		
☐	dicke Beine	☐	Muskelschmerzen		

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 ☐ ja ☐	_____
Blutdruck	nein ☐ ja ☐	_____
Zuckerkrankheit/Diabetes	nein ☐ ja ☐	_____
Fettstoffwechselstörungen	nein ☐ ja ☐	_____
Schilddrüse	nein ☐ ja ☐	_____
Osteoporose	nein ☐ ja ☐	_____
Lunge	nein ☐ ja ☐	_____
Leber	nein ☐ ja ☐	_____
Magen	nein ☐ ja ☐	_____
Darm	nein ☐ ja ☐	_____
Niere	nein ☐ ja ☐	_____
Blase	nein ☐ ja ☐	_____
Prostata	nein ☐ ja ☐	_____
Muskeln	nein ☐ ja ☐	_____
Knochen/Gelenke	nein ☐ ja ☐	_____
Neurol./Psychiatr. Erkrank.	nein ☐ ja ☐	_____
Hals-Nasen, Ohrenbereich	nein ☐ ja ☐	_____
Augen	nein ☐ ja ☐	_____
Zähne/Zahnfleisch	nein ☐ ja ☐	_____
Haut	nein ☐ ja ☐	_____
Nebenniere	nein ☐ ja ☐	_____
Hirnanhangdrüse (Hypophyse)	nein ☐ ja ☐	_____
Thrombosen/Lungenembolie	nein ☐ ja ☐	_____
Erkrankungen des Blutes	nein ☐ ja ☐	_____
Krebserkrankungen	nein ☐ ja ☐	_____
Schlafapnoe	nein ☐ ja ☐	_____
Gynäkologische Erkrankungen	nein ☐ ja ☐	_____
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

