

Anamnesebogen Name: _____ Geburtsdatum: _____

-> Erreichbarkeit: per eMail: _____

per Festnetz und/oder Mobil: _____

-> Angaben zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte (Eigenanamnese):

Liegen oder lagen Störungen an folgenden Organen/Systemen vor? Wenn ja, welche? **Ja** **Nein**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Herz..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kreislauf/Blutgefäße | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lunge..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leber/Galle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| chronische Magen-/Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blase und Geschlechtsorgane | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nervenschädigungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orthopädische Störungen/Knochenbrüche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüse..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stoffwechselstörungen (z.B. Gicht, Diabetes, Cholesterin)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumor-/Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Rauchverhalten: aktiv mit ____ Stück/Tag; Exraucher seit: _____; nie geraucht

Alkoholkonsum: Menge/Woche:.....

Drogenkonsum:

Sind chronische Infektionskrankheiten wie z.B. HIV, Hepatitis, TBC o.a. bekannt?.....

.....

Waren Sie an Covid-19 erkrankt, wenn ja wann: _____.

Wurden Sie gegen Covid-19 geimpft, wenn ja, wie oft: insgesamt _____Mal

Fanden bei Ihnen bereits irgendwelche Operationen statt? Wenn ja, wann und was?

.....

.....

.....

.....

Wurden bei Ihnen bereits Diagnosen gestellt? Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

Treiben Sie regelmäßig Sport?nicht möglich

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (kurz DMP) teil?

z.B: Diabetes Mellitus Koronare Herzkrankheit Asthma COPD

