

## Anamnesebogen

Familien- und Vorname: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Gesundheitsfragen

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten 6 Monaten?  nein  ja, \_\_\_\_\_ kg

Beschwerden/Symptome (z.B. Schmerzen, Fieber, Atemnot,...): \_\_\_\_\_

Beginn: \_\_\_\_\_ Auslöser: \_\_\_\_\_ erstmalig:  nein  ja

### Frühere Erkrankungen

(z.B. Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombosen,...):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Frühere Operationen (wann?):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Allergien/Unverträglichkeiten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme beim Stuhlgang?  nein  ja

Haben Sie Probleme beim Harnlassen?  nein  ja

Haben Sie eine ansteckende Erkrankung  
(z.B. Hepatitis, HIV,...)?  nein  ja

Nikotin?  nein  ja \_\_\_\_\_ pro Tag

Alkohol?  täglich  mehrmals pro Woche  mehrmals pro Monat  selten  nie

Bewegung/Sport?  > 3 Std pro Woche  1-3 Std pro Woche  <1 Std pro Woche

### Medikamente (z.B. Thrombo Ass 100mg 1-0-0):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Spritzen Sie Insulin?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_.

Nehmen Sie etwas zur Blutverdünnung?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift