

Anamnesebogen

Eingangsdaten	Angaben
Größe	
Gewicht	
Hobby	
Beruf	
Diagnosen	
Befunde	
Tragen Sie Einlagen	

B-Symptomatik

	Trifft zu	Trifft nicht zu
Haben Sie Fieber?		
Haben Sie Nachtschweiß?		
Haben Sie ungewollten Gewichtsverlust?		
Haben Sie Nachtschmerzen?		
Akute Entzündungen?		

Beschwerden

	Beantworten Sie bitte die Fragen
Was sind Ihre Hauptbeschwerden?	
Seit wann haben Sie diese Beschwerden?	
Was war der Auslöser dieser Beschwerden?	
Wodurch werden Ihre Beschwerden verschlimmert?	
Wodurch werden Ihre Beschwerden gelindert?	
Lösen bei Ihnen Husten-Niesen-Pressen schmerzen aus?	
Haben Sie Kopfschmerzen?	
Haben Sie Schwindel?	
Starke Nervosität und Unruhe?	
Müdigkeit/Mattigkeit/Erschöpfung?	
Haben Sie noch andere Beschwerden?	
Ausstrahlung in den Linken Arm?Brust Enge?	

	Trifft zu	Triff nicht zu
Sind Sie Schwanger?		

Vorerkrankungen -

Kreuzen Sie bitte die Felder an mit ja oder nein	JA	NEIN	WENN JA?WANN!
Thrombosen			
Bluthochdruck			
Gefäßerkrankungen			
Herzkrankheiten			
Magenerkrankung			
Lungenerkrankung			
Nierenerkrankung			
Krebs			
Gicht			
Rheuma			
Leberentzündung			
Osteoporose			
Bandscheibenvorfall			
Psychische Erkrankungen			
Transplantationen			
Sonnenbrand(Nur wenn es aktuell ist)			
Frische Verletzung-Knochen-Muskeln.Bänder-Sehen-weniger als 6 Monate			
Chronische entzündungen			
Herzrhythmusstörungen			
Einnahme von Gerinnungs Hemmer			
Sonstige Hautveränderungen			
Funktionsstörung der Schilddrüse			
Astma bronchiale			

Sonstige Angaben

--

Operationen

JA	NEIN	WANN	WAS

Vegetative Anamnese

	Vermehrt	Vermindert	Trifft nicht zu
Durst			
Appetit			
Stuhlgang			
Wasserlassen			
Ich Schwitze			

Medikamente

JA(Welche)	NEIN

Allergien

JA	NEIN	WANN	WAS

Genussmittel

JA	NEIN	WANN	WAS

--

Datum	
Unterschrift	

