

Beruf: \_\_\_\_\_

**Sind Sie in Ihrem Beruf eventuell Schadstoffen ausgesetzt?**  ja  nein  
Wenn ja, welchen?

**Familienstand:**  
 ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht abgenommen?**  ja  nein \_\_\_\_\_ kg

**Hat sich Ihre körperliche Leistungsfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert?**  ja  nein

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

(auch Beruhigungs-, Schlaf-, Schmerz-, Abführmittel, „Pille“)  ja  nein  
Wenn ja, welche, wie häufig, seit wann?

**Haben Sie Allergien oder reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Substanzen oder Medikamente?**  ja  nein  
Wenn ja, welche?

(z.B. Heuschnupfen, Allergien auf Pollen, Latex, Antibiotika usw.)

**Sind Sie schon einmal operiert worden?**  ja  nein

Wenn ja, woran, in welchem Jahr?

**Gab es bei der Operation oder der Narkose Auffälligkeiten?**  ja  nein  
Wenn ja, welche?

**Haben Sie schon einmal Blutkonserven bekommen?**  ja  nein  mir nicht bekannt

**Wenn ja, ist eine Unverträglichkeit aufgetreten?**  ja  nein

**Rauchen Sie?**  ja  nein  
Wenn ja, wieviel pro Tag?

**Haben Sie früher geraucht?**  ja  nein

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**  ja  nein  
Wenn ja, wieviel pro Tag?

Flaschen Bier, \_\_\_\_\_ Gläser Wein, \_\_\_\_\_ Gläser Schnaps

**Bei Frauen:** Könnte bei Ihnen eine Schwangerschaft bestehen?

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten? Blutungsneigung oder Blutgerinnungsstörung?**  ja  nein

Bluten kleine Wunden lange nach, neigen Sie zu Nasenbluten oder blauen Flecken spontan oder nach leichten Stößen?  ja  nein  mir nicht bekannt

**Bösartige Erkrankungen?**  ja  nein  mir nicht bekannt  
Tumoren, Krebs, Blutkrebs (Leukämie)

Wenn ja, welche?

**Herz-Kreislauferkrankungen?**

z.B. zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Herzschwäche, Luftnot bei körperlichen Anstrengungen, „Wasser“ in den Beinen (Ödeme) Herzinfarkt, Enge der Herzkranzgefäße (Angina pectoris), Herzfehler, unregelmäßiger Puls, Entzündungen des Herzens?  ja  nein  mir nicht bekannt  
Wenn ja, welche?

**Gefäßkrankungen?**

z.B. Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfadem, „offene“ Beine  ja  nein  mir nicht bekannt

**Lungen- und Atemwegserkrankungen?**

z.B. Asthma, chronische Bronchitis, chronischer Husten, Lungenentzündung, Lungenblähung, (Lungenemphysem, Staublunge, Tuberkulose)  ja  nein  mir nicht bekannt  
Wenn ja, welche?

**Erkrankungen des Magen-Darmtraktes?**

z.B. Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Durchfälle oder Verstopfung, Blut im Stuhl, Hämorrhoiden, Darmentzündungen  ja  nein  mir nicht bekannt  
Wenn ja, welche?

**Angaben zur Person**

**Erkrankungen von Leber, Galle und Bauchspeicheldrüse?**

z.B. Gelbsucht, Leberentzündung (Hepatitis), Leberzirrhose, Gallensteine, Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis)  
Wenn Ja, welche?  ja  nein  mir nicht bekannt

**Erkrankungen der Niere und ableitenden Harnwege, Geschlechtsorgane?**

z.B. Nierenfunktionsstörung, Nierensteine, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündungen Veränderung der Vorsteherdrüse (Prostata)  
Wenn ja, welche?  ja  nein  mir nicht bekannt

**Erkrankungen des Skeletts, der Gelenke und Muskeln?**

z.B. Rheuma, Wirbelsäulenschaden, „Hexenschuß“, Muskelschwäche  
Wenn ja, welche?  ja  nein  mir nicht bekannt

**Stoffwechselerkrankungen?**

z.B. Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), Gicht, Fettstoffwechselförderung  
Wenn ja, welche?  ja  nein  mir nicht bekannt

**Erkrankungen des Hormonsystems?**

z.B. Kropf, Über- oder Unterfunktion von Schilddrüse, Hirnanhangdrüse, Nebennieren  
Wenn ja, welche?  ja  nein  mir nicht bekannt

**Erkrankungen des Nervensystems?**

z.B. Gefühlsstörungen oder Lähmungen, (auch vorübergehende), Nervenschäden, Schlaganfall, Krampfanfälle  
Wenn ja, welche?  ja  nein  mir nicht bekannt

**Gemütsleiden?**

z.B. Depressionen, Schizophrenie  
Wenn ja, welche?  ja  nein  mir nicht bekannt

**Erkrankungen der Sinnesorgane?**

z.B. Sehschwäche, grüner oder grauer Star, Schwerhörigkeit  
Wenn ja, welche?  ja  nein  mir nicht bekannt

**Erkrankungen der Zähne und der Mundschleimhaut?**

z.B. Zahnfleischentzündung, lockere Zähne, tragen sie eine Prothese  
Wenn ja, welche?  ja  nein  mir nicht bekannt

**Hauterkrankungen?**

z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis  
Wenn ja, welche Hauterkrankungen?  ja  nein  mir nicht bekannt

**Sind Sie HIV positiv?**

ja  nein  mir nicht bekannt

**Neupatienten - Anamnesebogen**

**Sonstige bisher nicht genannte Erkrankungen?**

ja  nein  mir nicht bekannt

Wenn ja, welche?

**Sind in Ihrer Familie (bei Großeltern, Eltern, Geschwistern, Kindern) folgende Krankheiten aufgetreten?**

Hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselförderung, Gicht, Muskelerkrankungen, bösartige Erkrankungen (Krebs, Leukämie), Krampfanfälle, Blutungs- und Thrombosenneigung

ja  nein  mir nicht bekannt

Wenn ja, welche?

Ort, Datum

Unterschrift