



Anamnesebogen

Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter

um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen und zusammen mit **Ihrem Impfpass mitzubringen**. Ihre Daten verbleiben bei mir und werden nicht an Ihren Arbeitgeber weitergegeben!

Persönliche Daten

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	
Telefon	Fax
Mobil	Email

Allgemeine Anamnese

Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt, wenn ja seit wann?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckererkrankung / Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Infektionskrankheiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose oder Lungenembolie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen / Unfälle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____



Ja Nein

 Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel: _____

 Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel: _____

 Sind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt (z.B. Medikamente)?
Wenn ja, wogegen: _____

Wie groß sind Sie: _____ cm Wieviel wiegen Sie: _____ kg

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig ?

Medikament	morgens	mittags	abends



Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckererkrankungen/Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzerkrankungen/Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen der Beine |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluterkrankungen/Blutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose oder Lungenembolie |

Sozialanamnese

Familienstand _____
Haben Sie Kinder? Wenn ja, wieviele? _____
Beruf _____

Welche Impfungen sind vorhanden?

- Mumps, Masern, Röteln
- Tetanus, Diphtherie, Polio, Keuchhusten
- FSME
- Hepatitis A, Hepatitis B

Hatten Sie schonmal einen Arbeitsunfall?

- ja, Art des Unfalls _____
- nein

Datum, Unterschrift