

Anamnese- / Anmeldebogen

Name, Vorname _____ Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon / priv.: _____ mobil: _____ Arbeit: _____

Email: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Im **Notfall** verständigen: _____ Tel : _____

Krankenkasse: _____ Priv. Zusatzvers.: _____

Privat-Tarif: _____ Beihilfe : ☐ Ja ☐ Nein

Bisheriger Hausarzt: _____

Behandelnde Fachärzte: _____

Pflegegrad: _____ Pflegedienst: _____ GdB: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Treiben Sie Sport? ☐ Nein ☐ Ja welchen? _____

Trinken Sie Alkohol: ☐ Nein ☐ Ja Wieviel

Rauchen Sie ☐ Nein ☐ Ja Wieviel

Aktueller Beratungsanlass: _____

Nehmen Sie an einem DMP Programm (Diabetes mell./ KHK/ COPD teil?)

☐ Nein ☐ Ja ☐ KHK ☐ COPD ☐ Diabetes mell. ☐ Asthma

Bestehen erbliche / familiäre Erkrankungen: _____

weiter auf Seite 2 >>>>>>

Bekannte/ chron. (Vor-) Erkrankungen:

☐ Bluthochdruck	☐ Schilddrüsenerkrankung
☐ Herzrhythmusstörung	☐ Augenerkrankungen
☐ koronare Herzerkrankung (KHK)	☐ Hals-,Nasen und Ohrenerkrankung
☐ Herzinfarkt	☐ Knochen/-Gelenkerkrankung
☐ Schlaganfall	☐ Hauterkrankung
☐ Diabetes mellitus ☐ Typ1 ☐ Typ 2	☐ Krebserkrankung
☐ erhöhte Blutfettwerte (z.b. Cholesterin)	☐ Neurolog. Erkrankung
☐ Thrombose	☐ Migräne
☐ Erhöhte Blutungsneigung	☐ psych. Erkrankung
☐ Depression	
☐ Asthma / COPD	
☐ Infektionskrankheiten, z.B. Hepatitis/ HIV _____ andere Inf.: _____	
☐ Allergien/ Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____	

Sonstige Vorerkrankung: _____

Unfälle/ wann? _____

Frühere Operationen, wann? _____

Allergien/ Unverträglichkeiten gegen Arzneimittel: _____

Medikamente	Morgen	Mittags	Abend	z. Nacht
-------------	--------	---------	-------	----------

=====
Datum:

=====
Unterschrift: