

**Anamnesebogen**

**zur Erfassung wichtiger Daten zu Ihrer Gesundheit und Krankengeschichte**

Bitte versuchen Sie, die Fragen vollständig zu beantworten. Im anschließenden persönlichen ärztlichen Gespräch werden wir auf einzelne Punkte gezielt eingehen, um Sie besser kennenzulernen und so die Basis für eine vertrauensvolle und gute Zusammenarbeit zu schaffen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank,  
 Ihr Team von Checkup Berlin

Name.....

Geburtstag .....

**Allgemeine Fragen**

- |  |                            |                                 |
|--|----------------------------|---------------------------------|
| Waren Sie bereits stationär im Krankenhaus?                    | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja        |
| Sind Sie schon mal operiert worden?                            | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja        |
| Haben Sie ein Impfbuch? (Bitte mitbringen)                     | <input type="radio"/> ja   | <input type="radio"/> nein      |
| Haben Sie Fernreisen gemacht?                                  | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja        |
| Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?                   | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja,.....  |
| Haben Sie Allergien?   | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja,.....  |
| Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?                  | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, ..... |
| Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?<br>(ASS, Marcumar) | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja,.....  |
| Hatten Sie schon mal eine Darmspiegelung?                      | <input type="radio"/> ja   | <input type="radio"/> nein      |
| Waren Sie schon mal beim Hautkrebsscreening?                   | <input type="radio"/> ja   | <input type="radio"/> nein      |
| Waren Sie schon mal bei einem Check-up ?                       | <input type="radio"/> ja   | <input type="radio"/> nein      |
| Tritt in Ihrer Familie gehäuft Krebs auf?                      | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja,       |
| Hatten Sie schon eine Mammographie?                            | <input type="radio"/> ja   | <input type="radio"/> nein      |
| Rauchen Sie? Haben Sie früher geraucht?                        | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja        |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol?                                | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja        |
| Sind Sie Sportlich aktiv?                                      | <input type="radio"/> ja   | <input type="radio"/> nein      |
| Ernähren Sie sich vegetarisch?                                 | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja        |
| Wie groß sind Sie ?  | ..... cm                   |                                 |
| Wieviel wiegen Sie ?   | ..... kg                   |                                 |

### Bewegungsapparat

Sind Sie schon mal gestürzt?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hatten Sie einen Knochenbruch?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hatten Sie mal eine schlecht heilende Wunde?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hatten Sie einen epileptischen Anfall?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Leiden Sie unter Krampfadern?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie chronische Schmerzen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie regelmäßig Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

### Sinnesorgane

Haben Sie einen erhöhten Augendruck/Glaukom?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Tragen Sie eine Brille/Kontaktlinsen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Tragen Sie ein Hörgerät? Sind Sie schwerhörig?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie Taubheitsgefühle an der Haut?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

### Herz- und Kreislauf

Hatten Sie einen Herzinfarkt?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hatten Sie einen Schlaganfall?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie gelegentlich Schmerzen in der Brust?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Kennen Sie Engegefühl in der Brust?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Ist Ihnen gelegentlich schwindelig?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Waren Sie schon mal bewusstlos?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie einen erhöhten Blutdruck?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben/Hatten Sie Herzrhythmusstörungen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie beim Gehen Schmerzen in den Beinen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Müssen Sie nachts oft zur Toilette?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

### Lunge

Haben Sie bei Belastung Luftnot?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie oft Husten?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie Asthma?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie Heuschnupfen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben/ Hatten Sie Tuberkulose?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Schnarchen Sie?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

### Infektionen

Hatten Sie eine Hepatitis oder Gelbsucht?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie eine infektiöse/ansteckende Erkrankung?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Sind Sie oft erkältet?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

### Hormonhaushalt

Ist eine Zuckerkrankheit/Diabetes bekannt?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie Wechseljahresbeschwerden?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

### Magen und Darm

Haben Sie Sodbrennen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hatten Sie Blutbeimengungen im Stuhl?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hatten Sie schwarzen Stuhlgang?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie andere Verdauungsbeschwerden?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

### Seelisches Wohlbefinden

Sind Sie im Allgemeinen glücklich?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Ängste oder Phobien?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Lässt Ihr Gedächtnis nach?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Können Sie gut schlafen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

---

Was liegt Ihnen gesundheitlich besonders am Herzen?

---

---

Datum und Unterschrift