

# ANAMNESEBOGEN

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

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

Größe / Gewicht: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Familien-/Wohnsituation: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Nikotin-/Alkohol-/Drogenkonsum: \_\_\_\_\_

Grad der Behinderung in %: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Operationen (wann? Welche?): \_\_\_\_\_

Familiäre Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Fachärzte: \_\_\_\_\_

Vorsorgeuntersuchungen (wann? Welche?): \_\_\_\_\_

Aktuelle Beschwerden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift)