**Anamnese**

**Name, Vorname:** ……………………………………………………………………………………………………………………

**Geburtsdatum:** ………………………………………………………………………………………………………………………

**Straße, Hausnummer:** …………………………………………………………………………………………..……………….

**Postleitzahl, Ort:** …………………………………………………………………………………………………..……………….

**Beruf/ Tätigkeit:** ……………………………………………………………………………………………………..…………….

**Telefonnummer/ Handynummer:** …………………………………………………………………………………………

**E-Mail:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Notfallkontakt:** ………………………………………………………………………………………………………………………

(Angehörige, Betreuer)

**Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Hatten Sie bereits Operationen oder Unfälle? Wenn ja, wann?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Haben bei Ihnen Krankenhausaufenthalte oder   
Rehabilitationen stattgefunden? Wenn ja, wann?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Bei welchem Arzt befinden Sie sich noch in Behandlung? Wegen welcher Erkrankung?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Welche?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Wann erfolgte die letzte Gesundheitsuntersuchung (Check up)?** …………………………………………………….

**Wann erfolgte bei Ihnen das letzte Hautkrebsscreening?** ……………………………………………………………….

**Rauchen Sie regelmäßig? Wenn ja, wieviel pro Tag?** ……………………………………………………………………….

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

**Wann erfolgten die Impfungen gegen: Wann?**

|  |  |
| --- | --- |
| Tetanus/Diphtherie/Pertussis |  |
| FSME |  |
| Pneumokokken |  |
| Gürtelrose |  |

**Hinweis: Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis zu Ihrem Termin mit!**

**Bitte schreiben Sie alle Medikamente auf, die Sie einnehmen?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Medikament, Stärke | morgens | mittags | abends | zur Nacht | Bemerkungen |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |