

Anamnese

Name:

Geb.-Dat.:

Adresse:

Beruf:

Tel:

Arbeitgeber:

E-Mail:

Stoffwechselprobleme Diabetes/ Zucker/ Schilddrüse/ Gicht...	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Herz/Kreislauf Bluthochdruck/ Herzinfarkt/ ...	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Allergien Lebensmittel/ Blüten/ Arzneimittel/ ...	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Hören Tinnitus/ Pfeifen/ Rauschen/ ...	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Neurologisch/ Psychisch Epilepsie/ Schlaganfall/ Depressionen/ Schwindel/ ...	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Atemwege Asthma/ COPD/ Schnarchen/ Tagesmüdigkeit/CPAP ...	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Orthopädisch Bandscheibenschaden/ Knie/ Schulter/...	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Regelmäßige Medikamente	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Regelmäßig Alkohol	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	_____ Bier (0,33l) / Woche _____ Wein (0,25l) / Woche
Regelmäßig Rauchen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	_____ Zigaretten/Tag
Drogenkonsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Operationen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Unfallverletzungen (privat/ bg- lich)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Sport regelmäßig/ unregelmäßig)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Impfungen sind aktuell? (Tetanus/Diphtherie/...)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel wie Brille/ Hörgerät/ Gehwagen/ ...?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Sonstiges (akute Beschwerden o.ä.)				