

Allgemeine Vorgeschichte (Anamnese)

Als Grundlage für die Beurteilung Deines Gesundheitszustandes benötigen wir einige Angaben zu Deiner Person und zu Deiner Krankheitsvorgeschichte.

Dieser Bogen sollte komplett ausgefüllt am Tag der Blutabnahme zurückgegeben werden, um eine qualitativ hohe Vorsorgeleistung zu erbringen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____

Deine Gewohnheiten

	Ja	Nein	
Treibst Du Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft/Welchen _____
Isst Du frisches Gemüse und Obst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft/Wieviel _____
Isst Du regelmäßig Seefisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft/Wieviel _____
Isst Du Fleisch und Wurst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft/Wieviel _____
Hast Du viel Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft/Welchen _____
Schläfst Du ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stunden pro Nacht: _____
Rauchst Du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wieviel/Seit wann _____
Trinkst Du regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft/Welchen _____
Nimmst Du sonst. Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft/Welche _____

Hast Du Beschwerden/ Krankheiten an bzw. mit

	Ja	Nein	Welche?
Kopf/ Hals/ Schilddrüse/ Zähnen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz/ Kreislaufsystem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lunge/ Atemwegen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen/ Darmsystem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niere/Harnsystem/Genital/Sexualität:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nerven/Knochen/Muskeln/Gelenken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haut:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
frühere Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
frühere Operationen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
erhöhter Blutdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
erhöhte Blutfette/Cholesterin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kinderkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Beschwerden/ Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Allgemeine Vorgeschichte (Anamnese)

Welche Medikamente nimmst Du ein?

Medikament	Wie oft am Tag	Seit wann?

Ja Nein

Gibt es in Deiner Familie?

	Ja	Nein	Bei welchen Verwandten?
Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfälle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übergewicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebsleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheuma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rücken- und Gelenkkrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bei Mädchen:

- Wann war Deine erste Periode? _____
- Hast Du Menstruationsbeschwerden? wenn ja, welche? _____
- Bist Du schwanger? wenn ja, welcher Monat? _____
- Nimmst Du die „Anti-Baby-Pille“? wenn ja, welche? _____

Telefon: _____ Mobil.: _____

E-Mail: _____