



## ANAMNESEBOGEN

Ihre Gesundheit liegt mir am Herzen. Damit ich Sie optimal beraten kann, bitte ich Sie, folgende Fragen zu beantworten:

### Angaben zur Person

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

### Fragen zu Ihren Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie bzw. haben Sie in der Vergangenheit geraucht?  Ja  Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_

Wie oft waren Sie schwanger? (inkl. Fehlgeburten) \_\_\_\_\_

Wie viele Kinder haben Sie? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder pflanzliche  
Arzneimittel bzw. Nahrungsergänzungsmittel ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### Fragen zu bestehenden Erkrankungen

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

- Bluthochdruck  Ja  Nein
- Blutgerinnungsstörung  Ja  Nein
- Chronische Herz- oder Lungenerkrankung  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein
- Diabetes mellitus  Ja  Nein
- Chronische Nierenerkrankungen  Ja  Nein
- Leber- oder Gallenerkrankungen  Ja  Nein
- Psychiatrische Erkrankungen (Depressionen)  Ja  Nein
- Essstörungen  Ja  Nein
- Migräne  Ja  Nein

Trat bei Ihnen schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf?

- Thrombose u/o Lungenembolie  Ja  Nein
- Krebserkrankung  Ja  Nein
- Sonstiges  Ja  Nein

---



---



---



---

Leiden Sie unter einer anderen chronischen Erkrankung  
(wie z. B. Sichelzellanämie, Hepatitis, Morbus Chron, Epilepsie)?

---



---

Leiden Sie an einer Allergie bzw. Unverträglichkeit?  Ja  Nein

---



---

Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? (z.B.: Kaiserschnitt, Blinddarm, Galle) \_\_\_\_\_

---

### Fragen zu Erkrankungen in Ihrer Familie

Hatte ein Angehöriger (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, Kinder) eine der folgenden Erkrankungen/Beschwerden?

Wenn ja, wer und in welchem Alter? \_\_\_\_\_

- Thrombose/Lungenembolie  Ja  Nein
- Brust- u/o Eierstockkrebs  Ja  Nein

Hiermit bestätige ich, den Bogen nach bestem Wissen ausgefüllt zu haben.  
Die beiliegende DSGVO habe ich gelesen und bin mit der Datenverarbeitung einverstanden.

Datum und Ort

Unterschrift