

# Anamnesebogen - allgemein

Offenbach  
am Main

OF

Name, Vorname  
Geburtsname  
Geb.Datum  
Adresse  
Telefon/Mobil  
eMail

## ANGABEN ZUR VORGESCHICHTE

(soweit zur Durchführung des Untersuchungsauftrages erforderlich)

Zutreffendes bitte  
ankreuzen oder ausfüllen

Wurden Sie bereits in einem Gesundheitsamt untersucht?

- nein     ja    wann? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_  
weshalb? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 1) Hat es in Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister) ernsthafte Erkrankungen gegeben?

- Hoher Blutdruck     Herz- und Gefäß-  
Krankheiten     Diabetes mellitus     Fettstoffwechselstörung
- Nerven- oder  
Muskelerkrankungen
- Sonstige \_\_\_\_\_

### 2) Eigene Vorgeschichte

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten bzw. Krankheiten folgender Organe:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-, Kreislauf-,<br>Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hoher / niedriger<br>Blutdruck | <input type="checkbox"/> Allergien          | <input type="checkbox"/> Asthma                                |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose                             | <input type="checkbox"/> Hepatitis                      | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> Andere Infektions-<br>krankheiten     |
| <input type="checkbox"/> Nervensystem                            | <input type="checkbox"/> Seelische Störungen            | <input type="checkbox"/> Epilepsie          | <input type="checkbox"/> Sucht                                 |
| <input type="checkbox"/> Haut                                    | <input type="checkbox"/> Augen                          | <input type="checkbox"/> Hals, Nase, Ohren  | <input type="checkbox"/> Bronchien / Lunge                     |
| <input type="checkbox"/> Magen / Darm                            | <input type="checkbox"/> Leber / Gallenblase            | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                     |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule                             | <input type="checkbox"/> Knochen- und<br>Gelenksystem   | <input type="checkbox"/> Rheuma             | <input type="checkbox"/> Unfälle/Verletzungen<br>Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse                             | <input type="checkbox"/> Nieren / Harnwege              | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen  |  |
- Sonstige ernsthafte Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_

- Keine ernsthaften Erkrankungen

### 3) Stationäre Behandlungen

Zeitpunkt / Dauer	Grund der Behandlung	Name und Ort des Krankenhauses / der Reha-Klinik

### 4) Wurden ambulante Operationen durchgeführt?

Zeitpunkt/Dauer	Operative Maßnahme	Name und Ort der Praxis / des Krankenhauses

### 5) Welche Folgen sind von den Krankheiten oder Verletzungen zurückgeblieben?

---



---

### 6) Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen                 | <input type="checkbox"/> Hörstörung          | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche                        | <input type="checkbox"/> Schwindel       |
| <input type="checkbox"/> Husten                       | <input type="checkbox"/> Heiserkeit          | <input type="checkbox"/> Atemnot                             | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen              | <input type="checkbox"/> Schmerzen           | <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden                   | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß    |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit / Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit    | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme / Gewichtszunahme   |  |
| <input type="checkbox"/> Angstgefühle                 | <input type="checkbox"/> nervöse Beschwerden | <input type="checkbox"/> Stimmungs- und Antriebsschwankungen |  |

- Sonstige Beschwerden:

---



---

Keine Beschwerden

**7) Besteht eine vom Versorgungsamt anerkannte Behinderung oder Schwerbehinderung?**

nein       ja, weshalb \_\_\_\_\_ GdB: \_\_\_\_\_

Merkzeichen: \_\_\_\_\_

**8) Beziehen Sie eine Rente?**

nein

ja, weshalb \_\_\_\_\_ MdE: \_\_\_\_\_

seit wann \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Rente beantragt?

nein

ja, weshalb \_\_\_\_\_

**9) Sind Sie zurzeit in Behandlung?**

nein

ja, weshalb \_\_\_\_\_

**10) Hausarzt / weitere behandelnde Ärzte / Therapeuten:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11) Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?**

nein       ja, welche \_\_\_\_\_

**12) Betätigen Sie sich sportlich?**       nein       ja

**13) Rauchen Sie?**       nein       ja, seit \_\_\_\_\_ tägliche Menge \_\_\_\_\_

nicht mehr seit \_\_\_\_\_

**14) Nehmen Sie alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?**

täglich       mehrmals wöchentlich       seltener       nie

**15) Nehmen Sie Drogen / psychoaktive Substanzen zu sich?**

täglich       mehrmals wöchentlich       seltener       nie  
 wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**16) Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?**       nein       ja

**17) Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (Musterung/Einstellung)?**

nein       ja, wo \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum/Unterschrift