



Impfzentrum Landsberg

Anamnesebogen

Seite: 1/3



Name: _____

Datum: _____

Natürlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben!

Name, Vorname:	_____
Straße, Haus-Nr.:	_____
Postleitzahl, Ort:	_____
Tel.-Nr. Festnetz:	_____ Tel.-Nr. Mobil: _____
E-Mail:	_____
Geburtsdatum:	_____ Gewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm
Hausarzt:	_____
Notfallkontakt:	Name: _____ Tel.-Nr.: _____

Berufs- und Lebenssituation

Sie Sind Schüler/Student Hausfrau Rentner

berufstätig als: _____

bei Firma: _____

Gibt es besondere Belastungen im täglichen (Berufs-)Leben? nein ja: _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis nein ja: _____ Prozent

Sie sind ledig verheiratet geschieden/getrennt lebend verwitwet

Haben Sie Kinder? nein ja: ____ /ggf. Geburtsjahr(e) _____

Rauchen Sie? nein ja, _____ Zigaretten am Tag

Trinken Sie Alkohol? nein gelegentlich regelmäßig

Benötigen Sie ein(e) Hörgerät Brille/Kontaktlinsen

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv? nein beruflich in Ihrer Freizeit (Sport)

Wie oft in der Woche: _____ Mal / _____ Std./Min
insgesamt

In welcher fachärztlicher Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?

Lungenarzt

Orthopäde

Urologe

Kardiologie

Neurologe

Sonstiges: _____



Impfzentrum Landsberg

Anamnesebogen

Seite: 2/3



Name: _____

Datum: _____

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt?

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------|
| Herzkrankheit/Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja | bei wem? _____ |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja | bei wem? _____ |
| Blutzuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja | bei wem? _____ |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja | bei wem? _____ |
| Darmkrebs | <input type="checkbox"/> ja | bei wem? _____ |
| Brustkrebs | <input type="checkbox"/> ja | bei wem? _____ |
| Krebs, sonst. | <input type="checkbox"/> ja | bei wem? _____ |
| | | welche Art? _____ |

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | | | |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Keine | <input type="checkbox"/> ja | Schwindelanfälle | <input type="checkbox"/> ja |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> ja |
| Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> ja | Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja | Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja |
| Cholesterin zu hoch | <input type="checkbox"/> ja | Gicht | <input type="checkbox"/> ja |
| Magenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | Rheuma | <input type="checkbox"/> ja |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | Asthma/chron. Bronchitis | <input type="checkbox"/> ja |
| Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> ja |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> ja | Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> ja |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja | Hautkrankheit | <input type="checkbox"/> ja |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | Allergien | <input type="checkbox"/> ja |
| Krebs | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Welche Art? _____ | | Welche? _____ | |

Welche Operationen hatten Sie?

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|
| Keine | <input type="checkbox"/> ja | Brust-OP | <input type="checkbox"/> ja |
| Herz-OP | <input type="checkbox"/> ja | Gebärmutter-OP | <input type="checkbox"/> ja |
| Gefäß-OP | <input type="checkbox"/> ja | Blinddarm-OP | <input type="checkbox"/> ja |
| Krebs-OP | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Sonstige Operationen: | _____ | | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |



Impfzentrum Landsberg

Anamnesebogen

Seite: 3/3



Name: _____

Datum: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein

ja

Name des Medikaments	Wie oft nehmen Sie das Medikament

Aktuelle Beschwerden

Ich habe Fieber ja nein

Ich habe Erkältungssymptome ja nein

Ich habe oft Kopfschmerzen ja nein

Ich wurde in den letzten 14 Tagen geimpft ja nein

Für Frauen im gebärfähigen Alter:
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie? ja nein

_____, den _____

Unterschrift Patient



Stempel Arzt