

Anamnesebogen

Sehr geehrte/r Mitarbeiter/in der Daimler AG,

wir freuen uns, Sie im Rahmen Ihres Check-ups der Daimler BKK begrüßen zu dürfen.

Damit wir Ihnen in allen Fragen Ihrer Gesundheit optimal zur Seite stehen können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Diese Informationen erfassen wir in diesem Anamnesebogen, der alle nötigen Fragen beinhaltet.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Akad. Titel: _____ Name: _____ Vorname: _____

Geb. am: _____ in: _____

Höchste Schulbildung: _____

Beruf: _____

Derzeit tätig in Vollzeit in Teilzeit im Schichtsystem in _____ Schichten

IHRE GEWOHNHEITEN

	Nein	Ja		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie viel? _____	Seit wann? _____
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft? _____	Welchen? _____
Haben Sie Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft? _____	Welchen? _____
Schlafen Sie ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Stunden pro Nacht	
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft? _____	Welchen? _____

EIGENANAMNESE

Wann war der letzte Check-up? _____

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

	Nein	Ja	Welche?
Frühere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
Frühere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft

Geburten Wie viele? _____ Wann? _____

Monatliche Blutung regelmäßig

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Art	Häufigkeit	Seit wann?

Haben Sie Beschwerden an bzw. mit

	Nein	Ja	Welche?
Kopf/Hals/Schilddrüse	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knochen/Muskeln/Gelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

VEGETATIVE ANAMNESE

	Nein	Ja	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konzentrationschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durst	normal <input type="checkbox"/>	vermehrt <input type="checkbox"/>	
Appetit	normal <input type="checkbox"/>	vermehrt <input type="checkbox"/>	
Stuhlgang	normal <input type="checkbox"/>	vermehrt <input type="checkbox"/>	wenn nicht normal, Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> wenn Durchfall, mit Blut <input type="checkbox"/> mit Schleim <input type="checkbox"/>
Wasserlassen	normal <input type="checkbox"/> mit Brennen <input type="checkbox"/>	vermehrt <input type="checkbox"/> mit Startschwierigkeiten <input type="checkbox"/>	nachts öfter als 1-2mal <input type="checkbox"/>
Gewicht	konstant <input type="checkbox"/>	nicht konstant <input type="checkbox"/>	Zunahme <input type="checkbox"/> Abnahme <input type="checkbox"/> von _____ Kilogramm in _____ Monaten.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank

BRINGEN SIE DIESEN BOGEN BITTE AUSGEFÜLLT ZUM EKG- UND ZUR ERSTEN BEFUNDERHEBUNG MIT.