



Anamnese für Check-up

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrem Termin vollständig aus. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Größe (cm): _____

Gewicht (kg): _____

Beruf: _____

Eigenanamnese – Vorerkrankungen

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes mellitus ☐ Erhöhte Blutfette

☐ Herz-/Kreislaufkrankung ☐ Schlaganfall ☐ Nierenerkrankung

☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Krebserkrankung ☐ Depression / psych. Erkrankung

☐ Allergien ☐ Sonstiges

Falls zutreffend, bitte näher beschreiben: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche: _____

Wurden Sie bereits operiert? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche: _____

Familienanamnese

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) folgende Erkrankungen?

☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ Diabetes mellitus

☐ Krebserkrankung ☐ Bluthochdruck ☐ Sonstiges

Falls zutreffend, welche Erkrankung bei welchem Familienmitglied:

Sozialanamnese und Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag und seit wann:

Wie oft trinken Sie Alkohol? ☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig ☐ Täglich

Wie viel Bewegung/Sport treiben Sie pro Woche? ☐ Keine ☐ < 2 Std. ☐ 2–4 Std. ☐ > 4 Std.

Wie schätzen Sie Ihre berufliche/private Belastung ein? ☐ Gering ☐ Mittel ☐ Hoch

Wie würden Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten beschreiben:

Aktuelle Beschwerden

Haben Sie derzeit gesundheitliche Beschwerden? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche: _____

Impfstatus

Ist Ihr Impfstatus (z. B. Tetanus, Diphtherie, Grippe, COVID-19) aktuell? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unsicher

Vielen Dank für Ihre Angaben. Bitte bringen Sie diesen Bogen zu Ihrem Check-up-Termin mit.