

## Anamnesebogen zur G 26.3

Bitte vollständig ausgefüllt zum vereinbarten Arzttermin mitbringen

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer/E-Mail: \_\_\_\_\_

Feuerwehrgemeinde: \_\_\_\_\_

(Name und Anschrift) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

|  |                                  |   |
|--|----------------------------------|---|
| Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung?        | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/><br>Weshalb?   |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?                     | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/><br>Welche? Dosierung? Bitte Medikamentenplan beilegen               |
| Rauchen Sie?   | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/><br>Wie viele Zigaretten pro Tag und seit wie vielen Jahren?         |
| Trinken Sie regelmäßig alkoholhaltige Getränke?            | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/><br>Was und wie viele Gläser pro Woche?                              |
| Bestehen Erkrankungen im HNO Bereich?                      | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/><br>Z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus, Reizung der Gehörgänge           |
| Bestehen Erkrankungen der Augen?                           | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/><br>Z.B. erhöhter Augeninnendruck, Linsentrübung, Netzhauterkrankung |
| Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?                 | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/><br>Letzter Sehtest  |
| Bestehen Erkrankungen des Nervensystems?                   | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/><br>Z.B. Krampfleiden, Migräne, Schwindel                            |
| Bestehen Erkrankungen der Lunge/ Bronchien?                | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/><br>Z.B. Asthma, chronische Bronchitis                               |
| Bestehen Erkrankungen von Herz oder Kreislauf?             | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/><br>Z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, Rhythmusstörungen               |
| Bestehen Stoffwechsel – oder Immunerkrankungen?            | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/><br>Z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenfunktionsstörung               |
| Bestehen Erkrankungen oder Irritationen der Haut?          | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/><br>Z.B. Neurodermitis, Hautprobleme im Gesicht                      |
| Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/><br>Welche?  |
| Bestehen sonstige Erkrankungen/ Einschränkungen?           | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/><br>Welche?  |

---

Ort, Datum

---

Unterschrift