

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

Ort, Datum

Unterschrift