

Anamnesebogen

für das interdisziplinäre Schulungsprogramm zur Therapie der Adipositas
M.O.B.I.L.I.S.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe zu Hause aus und besprechen Sie, falls erforderlich mit Eltern, Partnern usw. Ihre Antworten. Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, diesen Fragebogen nur dem M.O.B.I.L.I.S.-Arzt bzw. Praxispersonal persönlich auszuhändigen.

Name, Vorname



Welche bedeutsamen Erkrankungen hatten Sie schon?

Erkrankung	Wann? Jahr	Besteht die Erkrankung noch?	
		Ja	Nein
Herz/Kreislauf		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niere		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt, Leber		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäule Gliedmaßen/Gelenke		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen:			

Welche Medikamente haben Sie in den letzten 3 Monaten eingenommen?

(Bitte bringen Sie ggf. Medikament oder Beipackzettel zum Untersuchungstermin mit)

Medikament	1 x Dosis / Einheit	morgens	mittags	abends	nachts

Bitte Rückseite beachten 

Haben Sie derzeit eine akute oder chronische Erkrankung, die Ihre körperliche Leistungsfähigkeit einschränkt?

- nein**
 ja (wenn ja, bitte die Erkrankung in die Tabelle eintragen)

Erkrankung	Seit wann?	In ärztlicher Behandlung?	
		Ja	Nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Beschwerden bei körperlicher Belastung und welcher Art sind diese?

Aktivität	Nein	Ja	Wenn ja, Art der Beschwerden
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
schnelleres Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haus-/Gartenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Belastungs-EKG durchgeführt?

- nein**
 ja wenn ja, bei welchem Arzt? _____ im Jahre _____

Welche weiteren Informationen zum Umfeld Ihrer Erkrankung halten Sie für wichtig und möchten Sie mitteilen?



 Ort, Datum

 Unterschrift