

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den folgenden Anamnesebogen ausfüllen.

Vorname Name

Beruf

Geburtsdatum

Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie an einer der folgenden Erkrankungen leiden:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber | <input type="checkbox"/> Sonstige Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente

- nein ja

Wenn ja, welche?

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten oder Allergien?

- nein ja

Wenn ja, welche?

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

Welche Operationen wurden bei Ihnen wann durchgeführt?

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ |

Haben Sie sonstige erkrankungsspezifische Informationen o. aktuelle Beschwerden?

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.