

Anamnesebogen



Patientenname:	Geb.-Datum:
Tel.:	FAX:
Mobil-Tel.:	Email:
Beruf:	Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis zur Kontrolle mit.
Größe:	Gewicht:

Haben Sie in den letzten Monaten stark zu- oder abgenommen? ja nein

Sind Sie Raucher? ja nein

Alkoholkonsum: täglich 1-2x pro Woche 3-4x pro Monat seltener nie

Treiben Sie regelmäßig Sport? nein
 ja, nämlich: _____

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?
 Herzkatheter nein ja, wann: _____
 Darmspiegelung nein ja, wann: _____

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Seit wann?

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> seit:	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> seit:
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> seit:	Angina pectoris	<input type="checkbox"/> seit:
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> seit:	Sonst. Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> seit:
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> seit:	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> seit:
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/> seit:	Krampfadern	<input type="checkbox"/> seit:
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/> seit:	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> seit:

Sonstige Erkrankungen:

Anamnesebogen

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?			
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Thrombose
<input type="checkbox"/> Bluterkrankung	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Blutungsstörung	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung
<input type="checkbox"/> Lungenembolie		<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung	
Sontiges:			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		<input type="checkbox"/> ja, welche?	
<input type="checkbox"/> nein			
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeit?		<input type="checkbox"/> ja, welche?	
<input type="checkbox"/> nein			
Leiden Sie an Allergien?		<input type="checkbox"/> ja, welche?	
<input type="checkbox"/> nein			
Wurden bei Ihnen je Operationen durchgeführt?		<input type="checkbox"/> ja, welche?	
<input type="checkbox"/> nein			
Haben Sie aktuelle Beschwerden? Welche?			

Zehdenick, den _____

Unterschrift Patient/in