

Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,
wir begrüßen Sie herzlich in der Praxis Anja Mundweil.

Wir bitten Sie nachfolgende Angaben ausführlich auszufüllen. Je mehr wir über Sie und Ihre Krankheitsgeschichte erfahren, desto umfassender können wir sie beraten und behandeln.

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

E-Mail: _____ Beruf/Arbeitgeber: _____

Vorerkrankungen?

Herz- und Kreislauferkrankungen ja nein

Lungenerkrankung ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein

Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen ja nein

chronischen Magen-Darmerkrankungen ja nein

Tumorerkrankung ja nein

Nierenerkrankung ja nein

Hauterkrankungen ja nein

Gelenkerkrankungen ja nein

Fettstoffwechselstörungen ja nein

Psychischen Erkrankung ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder ein Organtransplantat? ja nein

Leiden Sie an Infektionskrankheiten? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein

Sind sie in einem DMP-Programm eingeschrieben? ja nein

Wurden Sie schonmal operiert? ja nein

Falls ja, welche OP? _____

Leiden Sie unter Allergien? ja nein

Wenn ja, an welchen? _____

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Wenn ja, wie viel? _____

Körpergrößecm; Körpergewicht:kg

Sonstige Vorerkrankungen:

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Präparate ein?
Wenn ja, welche Dosierung und Stärke?

.....

Familienvorgeschichte

Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Krebs	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Unterschrift: _____

Datum: _____