

Liebe Patientin, lieber Patient.

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Anamnesebogen auszufüllen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Telefon/Handy: _____

Welche Beschwerden haben Sie ? _____

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen? Bitte kreuzen Sie in der Tabelle an.

	JA	Seit wann? Nähere Angaben
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall:	<input type="checkbox"/>	
Durchblutungsstörungen:	<input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit/Diabetes:	<input type="checkbox"/>	
Fettstoffwechselstörung:	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen:	<input type="checkbox"/>	
Chronische Infektionskrankheiten:	<input type="checkbox"/>	
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen:	<input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	
Thrombosen oder Lungenembolie?	<input type="checkbox"/>	
Augenerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	
Psychische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	
Operationen/Unfälle:	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: _____ nicht mehr seit: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel? _____

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? (dazu zählen auch Medikamente, Lebensmittel etc.)

Wie groß sind Sie? _____ cm Wieviel wiegen Sie? _____ kg

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Falls sie einen Medikationsplan dabei haben, geben Sie diesen bitte am Empfang ab und lassen Sie die Zeilen frei)

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

	JA
Bluthochdruck	<input checked="" type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input checked="" type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Zuckererkrankung/Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input checked="" type="checkbox"/>
Thrombose oder Lungenembolie	<input checked="" type="checkbox"/>

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Anamnesebogen, evtl. **Überweisung**, **Befunde** und **Medikationsplan** am Empfang ab.

Bei Fragen helfen wir Ihnen gern weiter.

Datum/Unterschrift