

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Persönliche Daten

Name, Vorname:		
Geb.-Datum:	Beruf:	Telefon:
Hausarzt:	Größe:	Gewicht:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus	☐	Bluthochdruck	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	Krebserkrankung	☐
Lebererkrankung	☐	Herzerkrankung	☐
Nierenerkrankung	☐	Durchblutungsstörung	☐
Thrombose	☐	Krampfadern	☐
Erhöhte Harnsäurewerte(Gicht)	☐	Depressionen	☐
Sonstige	☐		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? Blutverdünner?

Sind Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? Welche?

--

Wurden Sie in Ihrem Leben schon einmal operiert? Was und wann?

Sind Sie schwanger (Frauen)?	☐	Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	☐
------------------------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------