

ANAMNESEBOGEN

Persönliche Daten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Familienstand: ledig in Beziehung lebend verheiratet verwitwet

Kinder:

Beruf:

Kontaktdaten

Telefonnummer:

E-Mail:

Allergien: Ja Nein

Wenn ja, welche?

Arzneimittelunverträglichkeiten: Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ernährung: Vollwertkost vegetarisch vegan

Regelmäßige sportliche Aktivitäten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wenn ja, wieviel Stunden pro Woche?

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Wenn ja, seit wann?

Wenn ja, wie viel pro Tag?

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, wie häufig? gelegentlich wöchentlich täglich

Wenn ja, welche Art? Bier Wein Spirituosen

Konsumieren Sie Drogen? Ja Nein

Eigene bekannte Erkrankungen (bitte Ankreuzen):

- Bluthochdruck
- Herzrhythmusstörungen
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörung
- Lebererkrankungen
- Infektionskrankheiten
- Diabetes mellitus
- Thrombose
- Lungenembolie
- psychiatrische Erkrankungen
- Tumorerkrankungen

Familiäre Vorerkrankungen (Eltern / Geschwister):

- | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------|----------------------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Bei wem?: | <input type="text"/> |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Bei wem? | <input type="text"/> |
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Bei wem? | <input type="text"/> |
| Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Bei wem? | <input type="text"/> |
| | | | Welche Art? | <input type="text"/> |

Bisherige Operationen:

Dauermedikamente

Präparat		Dosierung	
Präparat		Dosierung	
Präparat		Dosierung	
Präparat		Dosierung	
Präparat		Dosierung	
Präparat		Dosierung	
Präparat		Dosierung	
Präparat		Dosierung	
Präparat		Dosierung	
Präparat		Dosierung	

Datum

Unterschrift