Anamnesebogen

Name, Vorname:	Geburtsdatum:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Zuckerkrankheit /Diabetes mellitus	☐	Bluthochdruck/Hypertonie	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	Herzerkrankungen	☐
Lebererkrankung	☐	Durchblutungsstörungen	☐
Nierenerkrankung	☐	Krampfadern	☐
Erhöhte Blutfettwerte	☐	Krebs/ Karzinom	☐
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	☐	Gelenkentzündung /Rheuma	☐
Sonstige Erkrankungen:			

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		**Wenn ja, listen Sie diese bitte auf oder geben Sie uns Ihren Medikationsplan**
Ja ☐	Nein ☐	1.
		2.
		3.
		4.
		5.
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		**Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:**
Ja ☐	Nein ☐	1.
		2.
		3.
Leiden Sie an Allergien?		**Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:**
Ja ☐	Nein ☐	1.
		2.
		5.
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?		
1.		2.
3.		4.
Größe: cm Gewicht: kg		
Beruf, der zur Zeit ausgeübt wird:		
Ihre Telefonnummer Festnetz und/oder Mobil:		
Bisherige/r Hausarzt oder Hausärztin:		

Datenschutz:
Die in der Praxis ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und willige ein.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden:

Angehörige(r): _____ Angehörige(r): _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Patienten