

## Anamnesebogen

### Patientendaten

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Wie viel wiegen Sie? \_\_\_\_\_

Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  Ja Welche? \_\_\_\_\_  Nein

Nehmen sie regelmäßig Medikamente?  Ja Welche? \_\_\_\_\_  Nein  
(Gerne kopieren wir Ihren Verordnungsbogen / Medikamtenzettel)

Wurden sie schon einmal operiert?  Ja Was und wann? \_\_\_\_\_  Nein

Rauchen Sie?  Ja Wie viel? \_\_\_\_\_  Nein

Trinken Sie Alkohol?  Ja Wie viel? \_\_\_\_\_  Nein

Herzerkrankungen  Ja Welche? \_\_\_\_\_  Nein

Kreislaufferkrankungen  Ja Welche? \_\_\_\_\_  Nein

Bluthochdruck  Ja  Nein

Thrombose / Lungenembolie  Ja Was davon? \_\_\_\_\_  Nein

Magengeschwür, Gastritis, Sodbrennen  Ja Was davon? \_\_\_\_\_  Nein

Diabetes, Zuckerkrankheit  Ja mit / ohne Insulin  Nein

Andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_