

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: _____