

Anamnesebogen für Patienten

Name:	Geburtsdatum:	
Vorname:	Beruf:	
Tel. Nr.:	E Mail:	
Handy Nr.:	Größe:	Gewicht:
Adresse:		

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	sonstige Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente auf:
Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	1. 2. 4. 5. 6.

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?	Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten auf:
Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	1. 2. 3.

Leiden Sie an Allergien?	Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:
Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	1. 2. 3. 4. 5.

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?	
1	3
2	4

Aktuelle Beschwerden und erkrankungsspezifische Informationen