

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zu Seite stehen können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen bezüglich Ihrer Kranken- und Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in einem Anamnesebogen, der alle wesentlichen Fragen beinhaltet.

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Familienstand:	Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie viele
Beruf:	Beruflicher Kontakt zu Giftstoffen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, zu welchen:	
Größe: m		Gewicht: kg
Hausarzt (Vor- und Nachname):		
Telefonnummer:		
Mobil:		
Telefon und Name Angehörige:		

Familiäre Vorerkrankungen z.B. Blutgerinnungsstörung oder Tumorerkrankung	
Vater:	Mutter:
Geschwister:	Weitere Verwandte:

Ihre Vorerkrankungen			
Blut/Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche:	Blutzuckererkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, nehmen Sie Metformin ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt ?	ggf bitte Allergiepass vorlegen !!
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche:	

Vegetative Anamnese	
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, mit nächtlichem Wäschewechsel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In letzter Zeit unerklärliches Fieber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zigaretten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie viele am Tag: _____ seit wann:
Alkohol	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

Wenn ja, bitte einen aktuellen Medikamentenplan vorlegen.

Wegen welchen Beschwerden stellen Sie sich bei uns vor?

Datum:

Unterschrift: