

Anamnese-/Patientenbogen

- alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht -

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
Postleitzahl: _____ Ort: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Hausarzt: _____
Körpergröße: _____ Gewicht: _____
Rauchen Sie? Ja Nein E-Mail: _____

Haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Vorerkrankungen? Falls ja - bitte ankreuzen:

		Wann bzw. seit wann?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	_____
Thrombose oder Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	_____
Schlafapnoe-Syndrom	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	_____
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	_____

Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, was und wann?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, wogegen?

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ort, Datum, Unterschrift Patient /in