

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Behandlung in unserer Praxis optimal vorbereiten zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst genau auszufüllen. Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihre Telefonnummer

Email (nur falls Versand von Dokumenten (ungeschützt) per mail gewünscht)

Auskunftsberechtigte Personen/Angehörige mit Angabe des Geburtsdatums

Hausarzt

Ggf. weitere mitbehandelnde Ärzte

Größe

Gewicht

Haben Sie ungewollt abgenommen?

ja

nein

Wenn ja, wieviel kg?

Haben Sie guten Appetit?

ja

nein

Leiden Sie an folgenden Krankheiten bzw. Beschwerden?

	ja	nein	Bitte freilassen für Bemerkungen d. Arztes
Bluthochdruck			
Herzkrankheit			
Vorhofflimmern			
Diabetes mellitus			
Schilddrüsenerkrankung			
Lungenerkrankung/ Asthma			
Neurologische Erkrankung			
Magengeschwür			
Thrombose/ Lungenembolie			
Lebererkrankung			
Krebs			
Hautveränderungen			
Stuhlgangsunregelmäßigkeiten			

Wurden Sie schon operiert? Wenn ja, welche OPs wurden durchgeführt?

Medikamentenliste: als Kopie oder bitte ausfüllen

Medikament	Dosis und Einnahme

Leiden Sie unter Allergien? ja nein

Wenn ja, wogegen?

Rauchen Sie? ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Trat zuletzt Nachtschweiß auf? ja nein

Familienstand:

Kinder:

derzeitiger Beruf:

Datum:

Unterschrift: