



Anamnese

Sehr geehrte/r Patient/in

bitte nehmen sie sich die Zeit folgende Fragen zu beantworten, die wir für eine optimale Betreuung benötigen. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig, sie soll lediglich der schnellen Erfassung von Risikofaktoren dienen und den Behandlungsablauf erleichtern.

Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Nach-/Vorname: _____

Tel.: _____ (Zur Terminvereinbarung und Befundübermittlung.)

e-Mail: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Ich leide an (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes mell. (Zucker) |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Nierenschwäche |
| <input type="checkbox"/> Tumorleiden | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Augenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Nikotin: _____ Zig/d | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Krankheiten | |

Allergie gegen: _____

Operationen mit Datum: _____

Erkrankungen bei erstgradigen Angehörigen (Eltern, Geschwister):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zucker) |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Nierenschwäche |
| <input type="checkbox"/> Tumorleiden | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |

Beruf: _____

Kinderkrankheiten: _____

Impfungen aktuell: Ja Nein weiß ich nicht

Bisheriger Hausarzt: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____