

Patientenanamnesebogen

Für eine Individuelle, auf Ihre Gesundheit abgestimmte Behandlung und Beratung, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus.

Vielen Dank!

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Handynummer: _____ Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Allgemein:

Raucher: nein ja , wieviel _____ am Tag

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergien: nein ja , welche _____

Bisherige Operationen: _____

Schwangerschaft ja nein

Erkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein niedriger Blutdruck ja nein

Herzerkrankungen ja nein Herzschrittmacher ja nein

Blutgerinnungsstörung ja nein Asthma ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein Diabetes ja nein

HIV/AIDS ja nein Hepatitis A/B/C ja nein

Rheuma ja nein Nierenerkrankungen ja nein

Lungenerkrankung: ja nein Sonstiges: _____

Krebs in der Familie bekannt nein ja , welche _____

Schlaganfall in der Familie nein ja , welche _____

Sonstige Erkrankungen in der Familie: _____

Trinken Sie Alkohol? kein unregelmäßig wenig täglicher Konsum

Treiben Sie Sport? nein ja, _____

Datum

Unterschrift