



## Patientenanamnesebogen

Um Sie kennen zu lernen und Sie mit Ihrem Anliegen optimal betreuen zu können, benötigen wir einige Informationen. Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Hobbys/Freizeitaktivitäten: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
HIV / AIDS	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheuma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Bisherige Operationen: _____		
Allergien: _____			Krankheiten in der Familie: _____		
Treiben Sie Sport?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Trinken Sie Alkohol?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Letzte Koloskopie: _____		
Sonstiges: _____			Letzter Checkup: _____		

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_