



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und füllen Sie diesen Bogen so vollständig wie möglich aus. Vielen Dank!

Name / Vorname	Beruf
Telefon / Handy	Größe
E-Mail	Gewicht

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Bitte nennen Sie Stärke, Einnahme und Häufigkeit (z.B. Paracetamol 500 mg · 1-0-1)

Gibt es in Ihrer Familie schwerwiegende oder chronische Erkrankungen?

Ja Nein

(z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Krebs etc.)

Wer ist/war davon betroffen? Verwandte 1. und 2. Grades?

Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja: seit wann und wie viele Zigaretten täglich?

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

Ja Nein

Wenn ja, worauf?

Besteht eine Blutungsneigung?

Ja Nein

Sind Sie schon einmal operiert worden?

Ja Nein

Falls ja: woran?

Dürfen wir Sie in medizinisch begründeten Fällen telefonisch, per E-Mail oder per Fax kontaktieren?

Ja Nein
