

anamnesebogen

Liebe Patienten!

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie diesen Bogen gründlich 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 geben Sie die Stärke z.B. in mg an und wie oft Sie das Medikament einnehmen. Beispiel: Paracetamol 500mg 1-0-1

gibt es in Ihrer familie schwerwiegende/chronische erkrankungen
z.B. herzinfarkt, schlaganfall, diabetes, krebs, etc.? Ja Nein

Wer ist / was 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/fax kontaktieren? Ja Nein