

ANAMNESEBOGEN

NAME, VORNAME: _____ GEBURTSDATUM: _____
ADRESSE: _____ TEL.: _____
_____ MOBIL: _____
E-MAIL: _____ FAX: _____
BERUF: _____ FAMILIENSTAND: _____

KRANKENVERSICHERUNG: GKV ☐ PKV ☐ BEI _____
BISHERIGER HAUSARZT: _____ PATIENTENVERFÜGUNG: Ja ☐ Nein ☐
MEINE KRANKENAKTE STELLE ICH PER ePA ☐ IN PAPIERFORM ☐ ZUR VERFÜGUNG

GRÖßE: _____ GEWICHT: _____ ALLERGIEN: _____
RISIKOFAKTOREN: RAUCHER ☐ Menge _____ Jahre _____ ÜBERGEWICHT ☐ REGELM. ALKOHOL ☐

VORERKRANKUNGEN:

Herz & Gefäße Bluthochdruck _____
KHK _____
Herzschrittmacher _____
VHF _____
Andere _____

Stoffwechsel Diabetes _____
Hohe Blutfettwerte _____
Schilddrüse _____

Magen-Darm-Trakt _____

Nieren _____

Lunge COPD _____
Asthma _____

Krebserkrankungen _____

Wirbelsäule / Gelenke / Knochen _____

Neurologische Erkrankungen _____

Psychische Erkrankungen _____

Chron. Infektionskrkh. (HepB/C, HIV, TBC) _____

Sonstige _____

FRÜHERE OPERATIONEN:

LETZTER KRANKENHAUS-AUFENTHALT: _____

RELEVANTE ERKRANKUNGEN / BELASTUNGEN IN DER

FAMILIE: _____

LETZTE VORSORGEN waren am:

Gesundheits-Check-Up: _____

Krebsvorsorge Mann/Frau _____

Hautkrebsscreening _____

Darmkrebsvorsorge _____

Impfpasscheck _____ (Impfpass mitbr.)

MEDIKAMENTE (auch Nahrungsergänzungsmittel):

PRÄPARAT	DOSIERUNG

AKTUELLE BESCHWERDEN:

DATUM, UNTERSCHRIFT