

Anamnesebogen

Name:	Geburtsdatum:
Beruf:	Telefonnummer:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Erkrankung der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:	Dosierung:		
		Morgens	Mittags	Abends
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?	Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1.
	2.
	3.

Leiden Sie an Allergien?	Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1.
	2.
	3.

Rauchen Sie? Ja Nein **Wenn ja wie viel?**

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?
 Masern Mumps Röteln Windpocken
Sie können uns gern Ihren Impfausweis zur Durchsicht vorbei bringen.

Haben Sie eine Pflegestufe?
 Ja Nein **Wenn ja, welche?**

Sonstige Bemerkungen: