

ANAMNESEBOGEN



Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse : .....

Krankenkasse:.....Beruf.....

Telefon: ..... Handy: .....

E-Mail: .....

Pflegestufe: .....

Schwerbehinderung: .....% und Merkzeichen: .....

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

- |                                     |                               |                             |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Bluthochdruck                       | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt        | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankungen                    | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall                        | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Durchblutungsstörungen der Beine    | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes           | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung             | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankungen                   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Thrombose o. Lungenembolie          | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Operationen/ Unfälle                | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Sonstiges Nein  Ja  .....

Rauchen Sie? Nein  Ja  Wenn ja, wie viel: ..... Nicht mehr seit: .....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein  Ja  Wenn ja, wie viel: .....

Haben Sie Allergien? Nein  Ja

- Gegen Medikamente? Nein  Ja

- Wenn ja, gegen welche? .....

- Andere Allergien? .....

Wie groß sind Sie: ..... (cm) Wieviel wiegen Sie: ..... (kg)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

Bitte geben Sie diesen Fragebogen und den Bogen bzgl. des Datenschutzes am Empfang ab.

Margetshöchheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_