

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: _____