

## Patienten- Anamnesebogen

Name des Patienten:	Geburtsdatum:
---------------------	---------------

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?	
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/>	Angina pectoris <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"/>	Krampfadern <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:
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.
	4.
	5.
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?	
1.	2.
3.	4.
Aktuelle Beschwerden:	