

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: