

ANAMNESEBOGEN

TITEL:

NACHNAME:

VORNAME:

GEBURTSDATUM:

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER:

ADRESSE:

TELEFONNUMMER:

E-MAIL:

VERSICHERUNG:

ZUSATZVERSICHERUNG:

HABEN SIE ALLERGIEN? ja nein
Welche? _____

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG
MEDIKAMENTE EIN? ja nein
Welche? _____

LEIDEN SIE AN CHRONISCHEN
KRANKHEITEN (DIABETES, ASTHMA,
BLUTHOCHDRUCK, SONSTIGE) ja nein
Welche? _____

HATTEN SIE BRUSTSCHMERZEN/
HERZSTOLPERN IN DEN LETZTEN
MONATEN? ja nein
Wie oft? _____

BEFINDEN SIE SICH DERZEIT IN
ÄRZTLICHER BEHANDLUNG? ja nein
Warum? _____

HATTEN SIE FIEBER/ANDERE
BESCHWERDEN IN DEN LETZEN
7 TAGEN? ja nein
Welche? _____

HATTEN SIE ATEMNOT IN DEN LETZTEN
7 TAGEN? ja nein
Wie oft? _____

FRÜHERE OPERATIONEN? ja nein
Welche? _____

**TRAGEN SIE SIGNALGEBENDE
IMPLANTATE?** ja nein
Welche? _____

SIND SIE SCHWANGER? ja nein

TRAGEN SIE EINE BRILLE/LINSEN? ja nein

HABEN SIE HÖRPROBLEME? ja nein

RAUCHEN SIE? Wie viele/Tag? _____ ja nein

ALKOHOL? Gelegentlich/Regelmäßig? ja nein

DROGEN/ANABOLIKAMISSBRAUCH? ja nein

FAMILIÄRE BELASTUNG? ja nein

Bitte geben Sie das Verwandtschafts-
Verhältnis an.

Herzinfarkt? _____

Schlaganfälle? _____

Krebserkrankung? _____

Diabetes? _____

Bluthochdruck? _____

Sonstige? _____

Gewicht in KG _____

Größe in cm _____

BMI _____

Datum

Unterschrift