

Lieber Patient/in,

bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrer Arzt-Konsultation aus.

Sollten Ihnen einige Fragen unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name des Patienten:		Geburtsdatum:	
Größe in cm:	Gewicht in kg:	Beruf:	
Email:		Tel.-Nr.:	

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"/>
Gelenk- Rheuma	<input type="checkbox"/>	HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen(grauer Star)	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			
Leiden oder litten ihre Eltern, Geschwister oder Großeltern unter einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Krebs	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?			
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Ca. Anzahl/Tag	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol?			
gelegentlich	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:
Ja	Nein	1.
		2.
		3.
		4.
		5.
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:
Ja	Nein	1.
		2.
		3.
Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:
Ja	Nein	1.
		2.
		3.
		4.
		5.
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?		
1.		2.
3.		4.
Aktuelle Beschwerden:		

Sind Sie an Selbstzahler-Leistungen und / oder Naturheilverfahren interessiert?		
Ja	Nein	

Wie haben Sie von uns erfahren?		
Empfehlung:	Internet:	Sonstiges:

Datum:

Unterschrift des Patienten: