ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: ……

Geburtsdatum: ……

Beruf: ……

Telefon: …… Handy: ……

E-Mail: ……

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	Nein ☐	Ja ☐	……
Herzerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	……
Schlaganfall	Nein ☐	Ja ☐	……
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein ☐	Ja ☐	……
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein ☐	Ja ☐	……
Fettstoffwechselstörung	Nein ☐	Ja ☐	……
Tumorerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	……
Lebererkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	……
Chronische Infektionskrankheiten	Nein ☐	Ja ☐	……
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	……
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein ☐	Ja ☐	……
Thrombose o. Lungenembolie	Nein ☐	Ja ☐	……
Augenerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	……
Psychische Erkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	……
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	……
Kürzliche Operationen/ Unfälle	Nein ☐	Ja ☐	……
Sonstiges	Nein ☐	Ja ☐	……

Haben Sie Allergien? Nein ☐ Ja ☐

- Wenn ja, welche? ……

Wie groß sind Sie: …… (cm) Wieviel wiegen Sie: …… (kg)

Königswinter, den _____ Unterschrift: _____