

Anamnesebogen

Name:				Ihr Termin	
Größe:	cm	Gewicht:	kg	Geburtsdatum:	

Grund geplanten des Arztbesuches	
Familienanamnese (z. B. Epilepsie, Migräne, Diabetes mellitus usw.)	
Soziale Anamnese (z. B. Beruf, Familienstand)	
Vegetative Beschwerden (z. B. Schlaf, Nachtschweiß, Durst, Appetit, Stuhlgang, Wasserlassen)	

Bitte zutreffendes ankreuzen und ergänzen

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Ja	Teilnahme DMP-Programm	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	Angina pectoris		<input type="checkbox"/> Ja
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	Sonstige Herzerkrankungen		<input type="checkbox"/> Ja
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	Durchblutungsstörungen		<input type="checkbox"/> Ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	Krampfadern		<input type="checkbox"/> Ja
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/> Ja	Krebserkrankung		<input type="checkbox"/> Ja
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/> Ja	Bluthochdruck		<input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja, geplanter Entbindungstermin:			<input type="checkbox"/> Nein
Nikotinkonsum	<input type="checkbox"/> Ja, _____ Zigaretten pro Tag			<input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja, ca. _____ pro Tag			<input type="checkbox"/> Nein

Sonstige Erkrankungen:

Bitte Rückseite beachten!

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (auch Antibabypille, etc.)?		
Name des Medikaments	Dosierung	Häufigkeit/Zeitplan
01.		
02.		
03.		
04.		
05.		
06.		

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeit? Wenn ja, welche?
01.
02.
03.

Leiden Sie an Allergien? - Wenn ja, welche?
01.
02.
03.

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?
01.
02.
03.
04.