

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____ Handynummer: _____

E-Mail: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

Sind in der Familie Krankheiten wie z.B. KHK, Diabetes,
Tumore, etc. bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja welche?

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

Hatten Sie schon Operationen? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? (ggf. mit Jahreszahl, wichtig bitte auch
Herzschrittmacher und Implantate angeben!)

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? (bitte auch Pille/Spirale angeben!)

Rauchen Sie? Ja ☐ Nein ☐

Nehmen Sie Drogen? Ja ☐ Nein ☐

Trinken Sie regelmäßig
Alkohol? Ja ☐ Nein ☐

Besitzen Sie:

1. Einen Impfpass Ja ☐ Nein ☐

2. Eine Patientenverfügung Ja ☐ Nein ☐