

Patienten – Anamnese

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Versicherung: _____

bei Kindern bitte den Namen des Hauptversicherten
angeben: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Haben Sie Allergien? Ja Nein
Wenn ja, gegen was ? _____

Sind Sie Raucher? Ja Nein
Wenn ja, wie viele am Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein
Wenn ja, wie oft? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Wurden Sie bereits operiert? Ja Nein
Wenn ja, was und wann wurde es operiert? _____

Sind bei Ihnen Krebserkrankungen bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Diabetes / Zuckerkrankheit? Ja Nein

Leiden Sie unter einer Herzkrankheit? Ja Nein

Leiden Sie unter Bluthochdruck? Ja Nein

Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente ein? Ja Nein