

ALLGEMEINMEDIZINISCHER ANAMNESEBOGEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Familienstand

Kinder

Telefonnummer

Größe

Gewicht

Beruf

Allergien

 ja nein

Welche?

Vorerkrankungen:

 Bluthochdruck keine Herzinfarkt

seit:

 Schlaganfall

seit:

 Diabetes

seit:

 Tumorerkrankungen

seit:

Welche?

 Sonstige

seit:

Operationen:

 ja nein

Welche?

Vorherige Untersuchungen:

 Herzkatheteruntersuchung keine

zuletzt am :

 Darmspiegelung

zuletzt am :

 Magenspiegelung

zuletzt am :

Mitbehandelnde Ärzte: (bitte Name und Fachrichtung eintragen)

Medikamenteneinnahme:

 gelegentlich keine

Welche?

 regelmäßig Medikationsplan liegt vor (bitte beifügen)

Medikamentenunverträglichkeiten:

 ja keine

Welche?

Erkrankungen von Familienmitgliedern: (Eltern/Geschwister/Großeltern)

 keine nicht bekannt Bluthochdruck Diabetes Schlaganfall neurologische Erkrankungen Herzinfarkt Tumorerkrankung psychologische Erkrankungen Sonstiges

Sportliche Aktivitäten: ja

 nein

Welche?

Rauchen: nein

 ja

Zig./Tag

Alkoholkonsum: nie

 gelegentlich regelmäßig

Impfpass vorhanden: ja (bitte beifügen) nein

Datum / Unterschrift

