



Anamnese Fragebogen

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon/Handy _____

E-Mail _____

Derzeitiger Beruf _____

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck Ja Nein

Diabetes mellitus Ja Nein

Fettstoffwechselstörung, erhöhte Cholesterinwerte Ja Nein

Durchblutungsstörungen in den Beinen Ja Nein

Lungenembolie Ja Nein

Lungenerkrankungen (Asthma, COPD,...) Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankungen Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

Psychische Erkrankungen Ja Nein

Gicht Ja Nein

Krebserkrankungen Ja Nein

Wenn JA, welche _____

Herzinfarkt Ja Nein

Wenn JA, wann _____

Schlaganfall Ja Nein

Wenn JA, wann _____

Thrombose Ja Nein

Wenn JA, wo _____

Rauchen Sie?

Ja, seit wann und wie viel pro Tag? _____ Nein

Ich habe bis _____ geraucht.

Bitte Rückseite beachten -->

Wurden bei Ihnen Operationen vorgenommen, wenn ja, wann , warum und wo?

Jahr	Erkrankungen	Behandelt in / bei

Sind folgende Erkrankungen in Ihrer blutsverwandten Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) aufgetreten?

Herzinfarkt Ja Nein

Wenn JA, bei wem und in welchem Alter? _____

Koronare Herzkrankheit (Bypass-OP, Stent) Ja Nein

Wenn JA, bei wem und in welchem Alter? _____

Schlaganfall Ja Nein

Wenn JA, bei wem und in welchem Alter? _____

Bluthochdruck Ja Nein

Wenn JA, bei wem und in welchem Alter? _____

Diabetes mellitus Ja Nein

Wenn JA, bei wem und in welchem Alter? _____

Krebserkrankungen Ja Nein

Wenn JA, bei wem, welcher und in welchem Alter? _____

Sind Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

Wenn ja, welche? _____ Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

Sonstiges _____