

Anamnesebogen

HAUSARZT

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Angina pectoris |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Sonstige Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Ja Nein

Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?

- Ja Nein

Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:

1. _____
2. _____
3. _____

Leiden Sie an Allergien?

- Ja Nein

Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |

Aktuelle Beschwerden und erkrankungsspezifische Informationen:

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!