

Anamnesebogen
(bitte ausgefüllt mitbringen)

Name, Vorname

Anschrift

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Geburtsdatum

Größe (cm), Gewicht (kg)

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? (bitte Name, Dosierung und Angabe der Einnahmezeit)

Medikamentenname	Dosierung (z.B. 5 mg)	Einnahmezeit (morgens- mittags - abends)

Sind Sie schon mal operiert worden? Ja Nein

Wenn ja, warum und wann?

Haben Sie Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Erkrankungen der Lunge oder Bronchien (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes (Zuckerkrankheit), Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion, Gicht)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Krampfleiden (Epilepsie), Parkinson, Nervenstörungen, Migräne)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Erkrankungen der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?

Haben Sie eine Infektionserkrankung (z.B. Leberentzündung (Hepatitis), HIV, multiresistente Erreger, Tuberkulose)? Ja Nein

Wenn ja, welche?