

Anamnesebogen

Diese Angaben sind freiwillig!

Bitte hier ausfüllen

Patientenname:			
Geburtsdatum:			
Adresse:			
Telefon-Nummer/ e-Mail (falls vorhanden):			
Beruf (bitte genaue Angaben)			
ggf. Hausarzt:			
Krankenkasse:			
Allgemeine Anamnese (bitte ankreuzen)			
Rauchen Sie?	ja	wie viel?	nein
Sind Sie Ex-Raucher?	ja		nein
Haben Sie folgende Erkrankungen?			
Haben Sie zurzeit folgende Symptome?	Brustschmerzen Husten Auswurf (blutig) Luftnot		
Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck)	ja		nein
Schlafprobleme	ja		nein
Herzrhythmusstörungen, Infarkt, Durchblutungsstörungen am Herzen (KHK)	ja		nein
Diabetes mellitus (Typ I oder II)	ja	Typ	nein
Schilddrüsenerkrankung	ja		nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	ja		nein
Hatten Sie einen Schlaganfall?	ja		nein
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?	ja		nein
Wann wurde der letzte Allergietest durchgeführt?			
Kopfschmerzen / Migräne?	ja		nein
Andere (ansteckende) Erkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV) wenn ja → welche	ja		nein
Allergien	ja		nein
Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit?	ja		nein
Nehmen Sie Blutverdünner? (Marcumar, Aspirin)	ja		nein
Wann wurde bei Ihnen die Lunge das letzte Mal geröntgt?			
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	ja		nein

Datum und Unterschrift Patient _____