



Anamnese

Name, Vorname

Geburtsdatum

Größe:

Gewicht:

Leiden Sie an:

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Cholesterinerhöhung?

Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen?

- Nein
- Ja, folgende _____

Haben Sie Allergien?

- Nein
- Ja, folgende _____

Rauchen Sie?

- Nein
- Ja, ____/Tag

Welche Voroperationen fanden ggf. statt?

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? (z.B. Krebs, Schlaganfall, Herzinfarkt)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Nein
- Ja, folgende _____

Bestehen aktuell Beschwerden? Was ist der Grund Ihrer Vorstellung?
