

Anamnesebogen (allgemein)

Liebe Patientin/lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrer Konsultation mit dem Arzt aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
-----------	----------	---------------

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) Wenn ja, sind Sie Insulin-pflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmuskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magengeschwür (Ulcus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenschleimhautentzündung (Gastritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenfunktionsschwäche (Niereninsuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist eine der folgenden bösartigen Erkrankungen vorhanden bzw. in der Vergangenheit aufgetreten?

	ja	nein
Schilddrüsen-Karzinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustdrüsen-Karzinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Karzinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostata-Karzinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige bösartige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Wie schwer sind Sie?		kg
Wie groß sind Sie?		cm

Sind Sie in der Vergangenheit operiert worden?

Wenn ja, wann und an welchem Körperteil
 ____/____(MM/JJ) _____

Sind Metallteile im Körper verblieben? ja nein

Wenn ja, welche?

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein
 (z. B. Marcumar, ASS 100)

Haben Sie Allergien? ja nein
 Wenn ja, welche?

Tragen Sie eine Gelenkendoprothese? ja nein

Sind Herzkranzgefäßstents vorhanden? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Auf wessen Empfehlung/Überweisung kommen Sie zu uns? _____

Datum:	Unterschrift des Patienten:
---------------	------------------------------------