

# Patienten- Anamnesebogen

Praxis Nevermann & Uhlig

Alle Angaben sind freiwillig

Name des Patienten:		Geburtsdatum:	
Telefon - Nr.:			
Allgemeines zu ihrer Person			
Rauchen sie?	Ja:	Wieviele:	Nein:
Größe:			
Gewicht:			
Beruf:			
Leiden sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus (Zucker)		Bluthochdruck	
Schilddrüsenerkrankung		Angina pectoris (Herzanfall)	
Lebererkrankung		Sonstige Herzerkrankungen	
Erhöhte Blutfettwerte		Durchblutungsstörungen	
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)		Krampfadern	
Nierenerkrankung		Krebserkrankungen	
Leiden sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen sie die Unverträglichkeiten bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1:	
		2:	
		3:	
Leiden sie an Allergien?		Wenn ja, listen sie die Unverträglichkeiten bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1:	
		2:	
		3:	
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?			
1:			
2:			
3:			
4:			

Bitte die Rückseite beachten

# Patienten- Anamnesebogen

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?		Wenn ja, listen sie ihre Medikamente bitte auf:		
Ja:	Nein:			
Name des Medikaments	Dosis	morgens	mittags	abends
Beispiel: <i>Paracetamol</i>	<i>500mg</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Aus gegebenem Anlass bitten wir sie, Termine vorher telefonisch zu vereinbaren. Danke

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_