

Anamnesebogen

Datum:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Beruf:	
Arbeitgeber:	
Telefonnummer:	
Hausarzt:	

<u>Liegt ein Unfall vor?</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Datum:	Uhrzeit:	Nein <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-----------------------------	---------------	-----------------	-------------------------------

<u>Bei Unfall: Unfallhergang/Entstehung der Beschwerden:</u>

<u>Art der Beschwerden / wie lange?:</u>

<u>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
1. _____	2. _____	
3. _____	4. _____	

<u>Größe:</u>	<u>cm</u>	<u>Rauchen?</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<u>Gewicht:</u>	<u>kg</u>	<u>Alkohol regelmäßig?</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

<u>Leiden Sie an einer Allergie oder Unverträglichkeit?</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
1. _____	2. _____	
3. _____	4. _____	

<u>Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen, wenn ja ggf. welche?</u>			
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)		Bluthochdruck	
Erhöhte Blutfettwerte		Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	
Schilddrüsenerkrankung		Herzerkrankungen	
Nierenerkrankungen		Lebererkrankung	
Durchblutungsstörungen		Krampfadern	
Rheuma		Krebserkrankungen, welche?	

Unterschrift: