

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ **E-Mail:** _____

Kontaktierbare Vertrauensperson/Verhältnis

_____/_____

Rufnummer der Vertrauensperson: _____

Hausarzt: _____

Größe: _____ cm; **Gewicht:** _____ kg

Allergien: _____

Medikamente:

Plan vorgelegt ☐

Wenn Sie keinen Plan dabei haben, nutzen Sie gerne die freien Zeilen.

Medikament:	Einnahme:

Blutverdünnung: Ja ☐ Nein ☐

Vorerkrankungen:

Diabetes ☐ Bluthochdruck ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐

Nierenerkrankung ☐ Hepatitis B/C ☐ Tuberkulose ☐

Schilddrüsenkrankheit ☐

Autoimmunerkrankung/Rheuma ☐ Herzrhythmusstörung ☐

Sonstige: _____

Gibt es Krebserkrankungen bei direkten blutsverwandten Angehörigen? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja: Beim wem? Alter? Art der Erkrankung?

Haben Sie folgende Beschwerden:

Fieber: Ja ☐ Nein ☐ Nachtschweiß (Wäschewechsel): Ja ☐ Nein ☐

Gewichtsverlust: Ja ☐ Nein ☐

Grund Ihrer Vorstellung, Symptome?

Datum/Unterschrift