



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.

<u>Medikament:</u>	<u>Einnahme:</u>

Blutverdünnung: Ja Nein

Vorerkrankungen:

Diabetes Bluthochdruck Herzinfarkt Schlaganfall

Nierenerkrankung Hepatitis B/C Tuberkulose

Schilddrüsenerkrankheit

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