

# Anamnesebogen

## Allgemeine Daten:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Wohnort/PLZ: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## Medizinische Daten:

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

**Welche Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten haben Sie?**

---

---

**Wurden Sie schon einmal operiert? Falls ja, wann und woran?**

---

---

**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

**Bluthochdruck:** ja ( ) nein ( )

**Herzgefäßerkrankung (KHK/Herzinfarkt):** ja ( ) nein ( )

**Vorhofflimmern:** ja ( ) nein ( )

**Schrittmacher-Träger:** ja ( ) nein ( )

**Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK):** ja ( ) nein ( )

**Diabetes:** ja ( ) nein ( )

**Asthma:** ja ( ) nein ( )

**Chronische Lungenerkrankungen (COPD):** ja ( ) nein ( )

**Gerinnungsstörung:** ja ( ) nein ( )

**Einnahme von Blutverdünner:** ja ( ) nein ( ) **Wenn ja welche:** \_\_\_\_\_

**Sonstige Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

---

**Medikamentenplan:**

| <b>Medikament mit Dosierung</b> | <b>morgens</b> | <b>mittags</b> | <b>abends</b> | <b>nachts</b> |
|---------------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------|
|                                 |                |                |               |               |
|                                 |                |                |               |               |
|                                 |                |                |               |               |
|                                 |                |                |               |               |
|                                 |                |                |               |               |
|                                 |                |                |               |               |
|                                 |                |                |               |               |
|                                 |                |                |               |               |
|                                 |                |                |               |               |
|                                 |                |                |               |               |
|                                 |                |                |               |               |
|                                 |                |                |               |               |

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

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_