

## Patienten-Anamnesebogen

Name: \_\_\_\_\_

Geb.Datum \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Ich nehme derzeit folgende Medikamente ein:  
Bitte genaue Angabe von mg und Einnahme:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bei MIR sind folgende Erkrankungen bekannt:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine               | <input type="checkbox"/> Blutdruck                        | <input type="checkbox"/> Blutzucker/Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung | <input type="checkbox"/> Schilddrüse                      | <input type="checkbox"/> Schlaganfall        |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung    | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung/Herzinfarkt/Stent |  |

Allergien: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen: \_\_\_\_\_

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

Lebensgewohnheiten:

- |            |                               |                             |                  |
|------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Alkohol    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ tgl. Menge |
| Zigaretten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ tgl. Menge |
| Bewegung   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ pro Woche  |

wenn ja, welche Bewegung : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.