

Anamneseblatt

bitte ALLES ausfüllen

1



ZENTRUM FÜR
INNERE MEDIZIN

Familienname			
Vorname		Geburtsdatum	
Adresse <small>Straße+PLZ</small>			
Telefonnummer		E-Mail	
Hausarzt <small>Name+Adresse</small>			

Größe/Gewicht		
Allergien:	<input type="radio"/> Ja - Welche?	<input type="radio"/> Nein
Raucher/in?	<input type="radio"/> Ja - Wieviel?	<input type="radio"/> Nein

Sind sie zusätzlich / privat versichert?	
<input type="radio"/> Ja, welche	<input type="radio"/> NEIN

Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein? Aktuelle Liste bitte an der Rezeption abgeben!					
Name d. Medikaments	Stärke	Früh	Mittag	Abend	Nacht

- Bisherige Erkrankungen (bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Reflux	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Cholesterin	<input type="checkbox"/> Migräne
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Prostataerkrankung	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern
<input type="checkbox"/> Chronische Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	
- andere chronische Erkrankungen:

Wie haben sie von uns erfahren?			
<input type="radio"/> Internet	<input type="radio"/> Arzt	<input type="radio"/> Freunde/Bekannte	<input type="radio"/> Sonstiges:

UNTERSCHRIFT: