

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:	Ja	Nein
Raucher/in?	Ja	Nein

Sind sie zusätzlich / privat versichert?	
Ja	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?			
Internet	Arzt	Freunde/Bekannte	Sonstiges:

UNTERSCHRIFT: