

Anamnesebogen:

(Möglichst vor dem Termin ausfüllen)

Grund des aktuellen Arztbesuches in wenigen Stichworten

(Z.B. Schmerzen hinter dem Brustbein seit 3 Tagen bei körperliche Belastung für 15 Minuten)
 (oder Z.B. Durchfall seit 2 Tagen mit bis zu 6 flüssigen Stühlen pro Tag)

.....

.....

.....

.....

.....

Haben sie chronische Erkrankungen? (Bitte zutreffendes ankreuzen X)

Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>		
Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	wenn ja: Tabletten <input type="checkbox"/> Insulin	<input type="checkbox"/>
Cholesterinerhöhung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Stents an den Herzkranzgefäßen	<input type="checkbox"/>
Bypässe an den Herzkranzgefäßen	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>
Nehmen sie blutverdünnende Medikamente	<input type="checkbox"/>		
Aktuelle Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>		

Bisherige Operationen: _____

Bitte tragen sich hier noch ein:

Aktueller Blutdruck: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Bitte den aktuellen Medikationsplan vorlegen.

Vielen Dank
Ihrer Praxisteam