



Anamnesebogen

- Anfallsleiden/Epilepsie nein, ja _____
- Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt? nein, ja _____
- Wenn ja, welche (+Jahr) _____
- Leiden Sie an einer Allergie? nein, ja

Wenn ja, welche _____

- Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung? nein, ja _____
- Körpergröße: _____ cm Gewicht _____ kg
-

Leidet jemand aus Ihrer Familie an folgenden Erkrankungen?

- Asthma bronchiale nein, ja _____
- Blutgerinnungsstörung nein, ja _____
- Bluthochdruck nein, ja _____
- Blutzuckerkrankheit nein, ja _____
- Fettstoffwechselstörung nein, ja _____
- Herzinfarkt nein, ja _____
- Tumorerkrankung nein, ja _____
- Plötzlicher Herztod nein, ja _____

Weitere Fragen:

- Rauchen Sie? nein, wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____
- Trinken Sie Alkohol nein, ja, gelegentlich (max 1x pro Woche), ja regelmäßig

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ament	Morgen	Mittags	Abend

Für Patientinnen:

- Besteht eine Schwangerschaft? nein, ja _____
- Nehmen sie die Antibabypille ein? nein, ja _____
- Hatten Sie in den letzten 3 Jahren eine CheckUp Untersuchung gehabt?
- nein, ja, wann und wo _____