

Anamnese-Bogen

Bitte beantworten Sie den Fragebogen und schicken diesen an uns per E-mail, Fax oder Postweg zurück. Die gemachten Angaben werden streng vertraulich behandelt und ihrer Patientenakte beigelegt. Eine elektronische Speicherung erfolgt nicht.

Allgemeine Informationen

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJ): _____

Adresse: _____

Postleitzahl: _____

Wohnort: _____

Land: _____

Telefon 1: _____

Telefon 2: _____

Mobil: _____

Fax: _____

Email: _____

Anamnese-Bogen

Anamnese

Diagnose	Symptome	Ja	Nein	Details
Herzerkrankung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Brustschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungen Erkrankung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypertonie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	>140/90 mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	>160/90 mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Insulin Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Gefäßerkrankung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Varizen/Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Embolie/AVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leber/Pankreas/Darm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervenerkrankung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leukämie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knochen/Gelenke		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rückenschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypercholesterinämie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fieber		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewichtsabnahme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachtschweiß		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Raucher		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkohol/Drogen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anamnese-Bogen

Medikamente

Name/Wirkstoff	Dosis (mg)	Frequenz (z.B.1-0-1)	Dauer

Krankenhausaufenthalte / Operationen

Name der Klinik	Aufnahmegrund	Datum / Dauer

Weitere Befunde / Beschwerden