

Dokumentierte Patientenanamnese/Basisinformation

Liebe Patient/-in!

Sie sollen die bestmögliche Behandlung bekommen. Um dieses vorzubereiten bitten wir um einige Auskünfte zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand und Ihre Vorerkrankungen bzw. bisherige Maßnahmen und Operationen.

**Persönliche Angaben:**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Familienstand:	Berufstätigkeit:	Auskunfts berechtigte mit Tel.:

**Telefonische Erreichbarkeit:**

Telefonnummer:	Beste Zeit (Wochentage, Zeiten):
----------------	----------------------------------

**Anamnese:** (Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen/ Symptome festgestellt? Zutreffendes bitte ankreuzen)

	JA	NEIN		JA	NEIN
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzenge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gallenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Luftnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hohe Blutfettwerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankung der Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Krampfadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankung des Magens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten sie schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankung des Dün- oder Dickdarms	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Kinder geboren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankung der Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Infektionskrankheit (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besteht eine Allergie oder Überempfindlichkeit...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Krampfleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...wenn ja, welche:		

**Letzte Vorsorgeuntersuchung:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

Ich habe die Angaben nach bestem Wissen über meinen Gesundheitszustand erstellt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

