

Anamnesebogen bei Erstkontakt

Name	Geb.Datum	Tel.
Größe	Gewicht	Hausarzt bisher

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Kreuzen Sie bitte an	JA	NEIN
Diabetes mellitus Typ 1		
Diabetes mellitus Typ 2		
Schilddrüsenerkrankung		
Lebererkrankung		
Nierenerkrankung		
Erhöhte Blutwerte		
Erhöhte Harnsäure		
Bluthochdruck		
Koronare Herzerkrankung		
sonstige Herzerkrankung		
Durchblutungsstörungen		
Krampfadern		
Krebserkrankungen		
Ansteckende Krankheiten		
Sonstige Erkrankungen		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? *Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente auf:*

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?

Leiden Sie an Allergien?

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

Pflegegrad: Grad 1 ___ Grad 2 ___ Grad 3 ___ Grad 4 ___ Grad 5 ___

Raucher: ja ___ nein ___ gelegentlich ___ Zigaretten / Tag ___

Alkoholkonsum: ja ___ nein ___ gelegentlich ___ wieviel? _____

Patientenverfügung vorhanden: ja nein

Corona-Impfung: ja nein Welcher Impfstoff? _____ Wie oft? _____
Wann zuletzt? _____

Aktuelle Beschwerden?

Datum, Unterschrift Patient/in: _____