**Anamnesebogen: Datum :**

**Name: Vorname: Geb. Datum:**

**Tel.nr.: E-Mail :**

**Krankenkasse/Privatkasse :**

**Größe: Gewicht: Raucher: Ja**  □ **Nein** □

**Leiden Sie an eine der folgenden Erkrankungen ? Bitte kreuzen Sie an:**

**Diabetes Mellitus:** □ **Bluthochdruck:** □

**Schilddrüsenerkrankung:** □ **Angina pectoris:** □

**Lebererkrankung:** □ **Sonstige Herzerkrankung:** □

**Nierenerkrankung:** □ **Durchblutungsstörungen:** □

**Erhöhte Blutfettwerte:** □ **Krampfadern:** □

**Erhöhte Harnsäurewerte:** □ **Krebserkrankung:** □

**Sonstige Erkrankungen ?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeit ?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**­Allergien ?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Operationen ?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vorherige Medikationen :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ist ein Impfausweis vorhanden ? Ja** □ **Nein** □

**Bisheriger Hausarzt : Aktuell behandelnde Fachärzte:**