

Allgemein - Anamnese

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum:

Hausarzt:

Telefonnummer:

Beruf

Führerschein:

ja

nein

E-Mail Adresse: _____

Leiden Sie an hohem Blutdruck?

ja

nein

Wenn ja, seit wann? _____ letzter RR Wert? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

ja

nein

Hatten Sie einen Herzinfarkt? Wenn ja, wann?

ja

nein

Sind Sie Diabetiker?

ja

nein

Wenn ja, seit wann? _____ letzter HbA1c? _____%

Tabletten Insulinpflichtig Diät

Leiden Sie an Rheuma?

ja

nein

Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?

ja

nein

Bestehen Allergien gegen Medikamente oder deren Inhaltsstoffe?

ja

nein

Wenn ja, gegen welche?

Haben Sie Hepatitis, HIV oder andere ansteckende Erkrankungen?

ja

nein

Wenn ja, welche _____

Leiden Sie an anderen wichtigen Erkrankungen?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

keine

Datum

Unterschrift (gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen)