

Patienten Anamnese

Datum:

Name:	
Telefon Nummer	
Handy Nummer	
Fax Nummer	
E-Mail Für Befunde bzw. Laborergebnisse	
Aktuelle Adresse	
Wer ist Ihr Hausarzt und Ort	
Erlerner / Beruf	
Welche Medikamente nehmen Sie ein?	
Nehmen Sie Sprays ein?	
Benutzen Sie Insulin?	
Kaufen Sie sich zusätzliche Medikamente?	
Haben Sie irgendwelche Allergien ?	
Leiden Sie an Bluthochdruck?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Haben Sie eine Herzerkrankung?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Leiden Sie an einer rheumatischer Erkrankung?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Leiden Sie an MRSA? Multiresistenter Erreger	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen:	
<u>Sonstiges:</u>	
Haben Sie ein Haustier?	Welches?
Sind Sie Schwanger?	Welche Woche?
Rauchen Sie?	Wieviel?
Letztes Röntgen (Lunge)	Wann?
Unterschrift:	