

Anamnesebogen

Datum:

Name:

geb. am:

Telefon Nummer (Patient)

Im Notfall verständigen:

Telefon Vertrauensperson:

oder: Tel:

Medizinische Auskünfte dürfen erteilt werden an:

Es besteht eine Vorsorgevollmacht:

☐ Ja☐ Nein

Hinterlegt bei:

Allergien:

Beruf:

Größe:

Gewicht:

Datum der Messung:

Dauermedikamente: (inklusiv selbst gekaufte Medikamente ,pflanzliche Mittel...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

.....	Im Jahr:
.....	Im Jahr:
.....	Im Jahr:
.....	Im Jahr:

Welche chronischen Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

.....	
.....	
.....	
.....	

Bemerkungen des Arztes: (wird von uns ausgefüllt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....