



## Anamnesebogen

**Patient:** \_\_\_\_\_  
Vorname Nachname

geb: \_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_  
Datum PLZ Ort

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

### **Vorerkrankungen:**

- Bluthochdruck  ja  nein
- Herzerkrankung  ja  nein OP \_\_\_\_\_
- Schlaganfall  ja  nein wann? \_\_\_\_\_
- Venenerkrankung  ja  nein
- Thrombose/Embolie  ja  nein
- Zuckerkrankheit  ja  nein seit wann? \_\_\_\_\_
- Herzschrittmacher/Defibrillator  ja  nein
- Allergie / Medikamentenunverträglichkeit  ja  nein welche? \_\_\_\_\_
- Nierenfunktionsstörung  ja  nein
- Dialyse  ja  nein seit wann? \_\_\_\_\_
- Sonstiges  ja  nein

### **Infektionserkrankungen:**

HIV / Aids / Hepatitis  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

### **Risikofaktoren:**

Rauchen Sie?  ja  nein

Hohe Blutfette?  ja  nein

Familiäre Vorbelastung  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

### **Operationen (mit Jahresangaben) :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Regelmäßige Einnahme von Medikamenten:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient