

Anamneseblatt

Name: _____

Geb. Datum: _____ Vers.Nr.: _____ Krankenkasse: _____

Ja, ich willige der Befundeinholung und Übermittlung von Befunden ein.

Unterschrift: _____ Datum: _____

Aktuelle Beschwerden:

Art der Beschwerden:	Seit:

Frühere Erkrankungen:

Art der Erkrankung / Jahr	Operationen / Jahr

Nikotin

Alkohol:

Allergien:

Nein	Tgl.	
Ja	Selten	
Ex seit:	nie	

Erkrankungen bei Eltern, Geschwistern, Großeltern:

Herzinfarkt	Bei:
Schlaganfall	Bei:
Diabetes	Bei:
Cholesterin	Bei:
Bluthochdruck	Bei:
Krebs	Art: Bei:
Sonstiges	Bei: