

## Patienten- Anamnesebogen

Name des Patienten:	Geburtsdatum:
---------------------	---------------

**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?      Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:**

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.
		4.
		5.

**Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?      Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:**

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.

**Leiden Sie an Allergien?      Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:**

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.
		4.
		5.

**Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?**

1.	2.
3.	4.

**Aktuelle Beschwerden:**