

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Hausarzt (Name, Ort): _____

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wann? _____	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? Ja Nein

Welche? _____

Leiden Sie an **Medikamentenunverträglichkeiten/Allergien**?

Ja Nein Welche? _____

Sind Sie bei Ihrem Hausarzt im DMP eingeschrieben? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Durch Empfehlung Durch Internet

Durch Hausarzt Sonstiges _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient