

Anlage zum Anamnesebogen für Neu-Patienten

Chronische Erkrankungen

Lungenerkrankungen

- Asthma COPD Lungenkrebs Sarkoidose
 Andere _____

Hauterkrankungen

- Neurodermitis Schuppenflechte
 Andere _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Bluthochdruck Schlaganfall Herzinfarkt Angeborener Herzfehler Herzgefäßerkrankung (KHK)
 Andere _____

Neurologische Erkrankungen

- Epilepsie Multiple Sklerose Parkinson Demenz Depressionen Schizophrenie
 Andere _____

Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes Hohes Cholesterin Schilddrüsenerkrankung Gicht
 Andere _____

Sonstige Erkrankungen

- Grüner Star Rheuma Chronische Hepatitis Medikamenten-/Drogenabhängigkeit
 Krebserkrankungen _____
 Leber-/Nierenerkrankungen _____
 Andere _____

Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden

- Herzstolpern Häufige Infekte Menstruationsbeschwerden
 Blut im Stuhl Rückenschmerzen Probleme beim Wasserlassen/-halten
 Blut im Urin Verstopfung/Durchfälle Seelische/nervöse Beschwerden
 Andere _____

Allergien

- Wespen-/Bienen gift Allergischer Schock in der Vergangenheit
 Medikamente _____
 Lebensmittel _____
 Andere _____

Operationen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Bauch (Bitte erläutern) _____ |
| <input type="checkbox"/> Gefäße | _____ |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule (Bitte erläutern) _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke | _____ |
| <input type="checkbox"/> Andere _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Medikamente (Möglichst mit Dosierung)

Medikamentenplan vorhanden?

Ja (Bitte legen sie uns diesen vor)

Nein (Bitte Medikamente inklusive Dosierung auflisten)

Marcumar oder andere Blutverdünner?

Ja (Bitte legen Sie uns Ihren Marcumar-Pass vor)

Nein

Sonstige wichtige Informationen
