



# ANAMNESEBOGEN

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Beruf / Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Raucher: ja nein

Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operationen:

(mit Datum) \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikation: morgens mittags abends nachts

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aktuelle Beschwerden: \_\_\_\_\_