

Anamnesebogen

Allgemeine Daten:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Straße, Nr.: _____

Wohnort/PLZ: _____

E-Mail: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Medizinische Daten:

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Welche Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten haben Sie?

Wurden Sie schon einmal operiert? Falls ja, wann und woran?

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes Mellitus: ja () nein ()

Herzgefäßerkrankung (KHK/Herzinfarkt): ja () nein ()

Bluthochdruck: ja () nein ()

Vorhofflimmern: ja () nein ()

Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK): ja () nein ()

Schrittmacher-Träger: ja () nein ()

Chronische Lungenerkrankungen (COPD/Asthma): ja () nein ()

Sonstige Erkrankungen: _____

