

ANAMNESEBOGEN

PATIENT

NAME	VORNAME
STRASSE NR:	PLZ WOHNORT
TELEFON PRIVAT	MOBIL
EMAIL	GEBURTSDATUM
HAUSZAHNARZT (NAME, TEL.)	HAUSARZT (NAME, TEL.)

ERKRANKUNGEN

AKUTE / CHRONISCHE HERZLEIDEN
HATTEN SIE EINEN INFARKT / SCHLAGANFALL
BLUTGRINNUNGS-STÖRUNGEN
NIEDRIGER / HOHER BLUTDRUCK
INNERE KRANKHEITEN (Z.B. DIABETES)
INFEKTIONSKRANKHEITEN (HEPATITIS, TBC, HIV)
AUTO-IMMUNERKRANKUNGEN (Z.B. RHEUMA)
ALLERGIEN
ATEMWEGSEKRANKUNGEN
ANDERE ERKRANKUNGEN
MEDIKAMENTEN-UNVERTRÄGLICHKEIT
ABHÄNGIGKEITEN (RAUCHEN, ALKOHOL, DROGEN)

REGELMÄSSIG BENÖTIGTE MEDIKAMENTE

(INSBESONDERE BLUTVERDÜNNER)

KONTAKTPERSON

(FALLS SIE HILFE BRAUCHEN) NAME, TELEFON

DIE RICHTIGKEIT DER ANGABEN WIRD BESTÄTIGT

DATUM, UNTERSCHRIFT

Dres. Grote
& Kirchheim

Fachpraxis