



## Anamnesebogen

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Beruf:
Telefonnummer, Handynummer:
E-Mail:
Größe:
Gewicht:

E-mail Adresse und/oder Handynummer werden für elektronische Benachrichtigungen benötigt.

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Bluthochdruck	Nein	Ja
Herz-/Kreislaufkrankungen	Nein	Ja
Schlaganfall	Nein	Ja
Blutgerinnungsstörungen	Nein	Ja
Diabetes	Nein	Ja
Fettstoffwecheslerkrankungen	Nein	Ja
Lebererkrankungen	Nein	Ja
Schilddrüsenerkrankung	Nein	Ja
Nierenerkrankungen	Nein	Ja
Infektionskrankheiten(z.B.Hepatitis/ HIV)	Nein	Ja
Asthma	Nein	Ja
Tumor/Krebs	Nein	Ja
Anfallsleiden/Epilepsie	Nein	Ja
Magen-/Darmerkrankung	Nein	Ja
Psychische Erkrankungen	Nein	Ja

Sonstige Erkrankungen :
Operationen:

Rauchen Sie?	Nein	Ja	Wie viel?
Allergien?	Nein	Ja	Welche?
Medikamentenunverträglichkeit?	Nein	Ja	Welche?
Andere Allergien?	Nein	Ja	Welche ?

Sind in Ihrer Familie eine der folgenden Krankheiten bekannt ?

Bluthochdruck	Nein	Ja
Herz-/Kreislaufkrankungen	Nein	Ja
Schlaganfall	Nein	Ja
Diabetes	Nein	Ja
Tumor, Krebs	Nein	Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?

---



---



---



---



---



---



---

Emmerting den,

Unterschrift: