

ANAMNESEBOGEN 1.2.1

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

Pat-Name: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Arztbriefe an weitere Ärzte: \_\_\_\_\_

Patiententelefonnummer: \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

BISHERIGE ERKRANKUNGEN

Diabetes mellitus: \_\_\_\_\_ falls ja, bekannt seit: \_\_\_\_\_ letzter HbA1c Wert: \_\_\_\_\_

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ falls ja, bekannt seit: \_\_\_\_\_

WEITERE ERKRANKUNGEN \_\_\_\_\_

OPERATIONEN \_\_\_\_\_

ALLERGIEN: \_\_\_\_\_

NIEREN- ODER HOCHDRUCKERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE \_\_\_\_\_

ALLE MEDIKAMENTE MIT NAMEN UND MENGE

| Name Medikament | Dosis/mg | Morgens | Mittags | Abends | Nachts |
|-----------------|----------|---------|---------|--------|--------|
|                 |          |         |         |        |        |
|                 |          |         |         |        |        |
|                 |          |         |         |        |        |
|                 |          |         |         |        |        |
|                 |          |         |         |        |        |
|                 |          |         |         |        |        |
|                 |          |         |         |        |        |