

Anamnese

Nachname Vorname

Geburtsname Geburtsort

Geburtsdatum PLZ, Wohnort

Straße Hausnummer

Telefon Email

Hausarzt Krankenkasse

Hauptversicherter mit Geburtsdatum

Für eine gute Beratung und Behandlung müssen wir Fragen an Sie stellen. Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Leiden Sie an Erkrankungen des Herzens oder wurden bereits Eingriffe durchgeführt?

- Herzmuskelentzündung
- Herzrhythmusstörungen
- Bypassoperation
- Herzklappenersatz
- Herzschrittmacher
- Herzinfarkt (wann?)
- hoher Blutdruck niedriger Blutdruck

Kreislauf

- Angina pectoris
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall

Erkrankungen des blutbildenden Systems

- Bluter

Augen

- Grauer Star Grüner Star

Atmungswege / Lunge

- Asthma Bronchitis

Bewegungsapparat

- Rheuma Osteoporose

Zentrales Nervensystem

- epileptische Anfälle
- Multiple Sklerose
- Neuralgien
- Kreuzfeld - Jakob oder VCJK

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit (Diabetes) Welcher Typ?.....

Bitte auch die Rückseite ausfüllen →

