

Anamnesebogen

Sind Sie im **HZV** (Hausarztzentrierte Versorgung) eingeschrieben? Ja Nein

Name des Patienten:	Geburtsdatum:
TELEFONNUMMER:	

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?			
1.		2.	
3.		4.	
Aktuelle Beschwerden:			

Einverständniserklärung zur Befundweitergabe an Fachärzte

Einverständniserklärung: Verordnungen – Abholung durch Familienangehörige/ Apotheke

Datum und Unterschrift

Vom Arzt auszufüllen: chron. Erkrankungen: Ja Nein