

Vor- und Zuname: _____

Alter: _____ Geburtsdatum: _____

Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____

Beruf: _____

Berufsjahre: _____

Arbeitgeber: _____

Dr. med. Ralf Glanz

Facharzt für Allgemeinmedizin
Sportmedizin · Betriebsmedizin · Reisemedizin

Dr. med. Christine Schardein

Fachärztin für Innere Medizin
Notfallmedizin · Hausärztliche Versorgung
Psychosomatische Grundversorgung
Diabetologin DDG

ANAMNESE

Bisherige Erkrankungen	Ja	Nein		Ja	Nein
Herz-Kreislauf-Gefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber und Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skelett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen und Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinderkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Nein

Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt?

Wenn ja, weswegen? _____

Bisheriger Hausarzt / Hausärztin: _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Schmerzmittel gerinnungshemmende Mittel Schlaf-/Beruhigungsmittel

Abführmittel Antibabypille Kreislaufmedikamente

Andere: _____

Sind Allergien bekannt?

Wenn ja, welche? _____

Bestehen bei Ihnen Überempfindlichkeiten?

Medikamente Pflaster Kontrastmittel

Nahrungsmittel Sonstiges: _____

Rauchen Sie?

Hatten Sie bisher Operationen und/oder Unfälle?

Wenn ja, welcher Art? _____

Bei Frauen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen?

Datum _____ Unterschrift _____