

Vor- und Zuname: .....

Alter: ..... Geburtsdatum: .....

Größe in cm: ..... Gewicht in kg: .....

Beruf: .....

Berufsahre: .....

Arbeitgeber: .....

Arztpraxis

Dr. med. Ralf Glanz

Dr. med. Christine Schardein\*

Dr. med. Joëlle Bals\*

# ANAMNESE

Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

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