



---

## Anamnese – Fragebogen

---

**Name, Vorname**

---

**Geburtsdatum:**

### Vorerkrankungen

	Ja	Nein
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hatten Sie

Tiefe Beinvenenthrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		