



Anamnese – Fragebogen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Größe

Gewicht

Vorerkrankungen

Ja Nein

Diabetes mellitus

Bluthochdruck

Herz-/Kreislaufkrankung

Wenn ja, welche? _____

Nierenerkrankungen

HIV

Schlaganfall

Epilepsie

Sodbrennen

Magen-/Darmerkrankungen

Osteoporose

Rheuma

Allergien

Wenn ja, welche? _____

Medikamentenunverträglichkeiten

Wenn ja, welche? _____

Psychische Erkrankungen

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie

Tiefe Beinvenenthrombose

Lungenembolie

Tumor

Wenn ja, welcher? _____

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel?

Wenn ja, welche? _____