

Patientenbogen – Anamnese

Allergien	Ja	Nein	Details
Medikamente	☐	☐	_____
Pflaster	☐	☐	_____

Vorerkrankungen	Ja	Nein	Jahr / Details
Diabetes mellitus	☐	☐	_____
Arterielle Hypertonie	☐	☐	_____
Herzinfarkt	☐	☐	_____
Schlaganfall	☐	☐	_____
COPD / Asthma	☐	☐	_____
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	_____
Krebserkrankung	☐	☐	_____
Urologische Vorerkrankungen	☐	☐	_____
Weitere chronische Erkrankungen	☐	☐	_____

Voroperationen	Ja	Nein	Jahr	Details / Methode
Blinddarm	☐	☐	_____	_____
Gallenblase	☐	☐	_____	_____
Leistenbruch	☐	☐	_____	_____
Weitere Bauchoperationen	☐	☐	_____	_____
Herz- /Gefäßoperationen	☐	☐	_____	_____
Orthopädische Operationen	☐	☐	_____	_____
Weitere Operationen	☐	☐	_____	_____

Bemerkungen / ärztliche Ergänzungen
