

Überörtliche Gemeinschaftspraxis Koblenz / Vallendar - Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Hausarzt: _____

Vor Beginn Ihrer Behandlung benötigen wir einige Informationen. Wir bitten Sie, die folgenden Fragen so gut wie möglich zu beantworten. Sollten Sie dabei Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an uns:

1. Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg

2. Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit? ja nein

3. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten / Tag? ja nein

4. Sind bei Ihnen erhöhte Blutfettwerte / Cholesterinwerte bekannt? ja nein

5. Leiden Sie unter Bluthochdruck? Wenn ja, seit wann? _____ ja nein

6. Sind in Ihrer Familie Herzinfarkte / Schlaganfälle aufgetreten? ja nein

7. Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt? ja nein

Wogegen? _____

8. Gibt es sonstige Vorerkrankungen? ja nein

Welche? _____

9. Sind Sie schon einmal am Herzen operiert worden? ja nein

Was wurde operiert? _____

10. Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

11. Sind Sie Teilnehmer eines DMP-Programmes bei Ihrem Hausarzt? ja nein

Erklärung

Ich bin mit der Übersendung des Befundberichtes und der hier erhobenen Befunde an meinen Hausarzt bzw. überweisenden Arzt einverstanden. Ebenfalls bin ich ggf. mit der Anforderung von Vorbefunden aus ambulanten oder stationären Behandlungen einverstanden.

Koblenz, den _____

Unterschrift