

Anamnesefragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
damit bei Ihrem ersten Termin möglichst viel Zeit für ein offenes Gespräch und/oder eine neurologische Untersuchung bleibt, bitte ich Sie, den Fragebogen ausgefüllt mitzubringen und an der Anmeldung abzugeben. Er wird in Ihre Kartei eingelesen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: Größe: cm Gewicht: kg

Liegt Folgendes bei Ihnen vor?

	JA	NEIN
Bluthochdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutzucker (Diabetes mellitus)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fettstoffwechselstörung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenfunktionsstörung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzrhythmusstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma bronchiale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorvorerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung (z. B. Hepatitis)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grüner Star (Glaukom)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinken Sie täglich Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an Appetitlosigkeit oder an Gewichtsabnahme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (alternativ: Medikamentenplan)?

.....
.....

Sonstige Erkrankung?.....

Sind Allergien bekannt, welche?

Unterschrift

Datum