

COAGUMED

Gerinnungszentrum

Anamnesebogen/Allgemeinmedizin

Liebe Patientinnen und Patienten, bitte füllen Sie unseren Anamnesebogen möglichst vollständig aus. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben. Ihr Praxisteam

Patient:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon privat:

E-Mail:

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Zurzeit bin ich beschwerdefrei Nein Ja

Aktuelle Beschwerden:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Hepatitis/ HIV | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Ggf. weitere Angaben:

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall
 Zuckerkrankheit Krebserkrankungen Asthma / COPD Sonstige

Ggf. weitere Angaben:

Sind Allergien bei Ihnen bekannt?

- ja / nein Wenn ja, welche:

Rauchen Sie?

- ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?

- ja / nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

Bei Frauen:

Sind Sie aktuell schwanger? ja nein

Sind bei Ihnen Fehlgeburten aufgetreten? ja nein

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Gerne können Sie auch einen Medikamentenplan abgeben. Bitte geben Sie auch Medikamente an, die Sie in den letzten 7-10 Tagen vorübergehend eingenommen haben (z.B. Schmerzmittel).

- ja / nein Wenn ja, welche?

Den Anamnesebogen habe ich mit bestem Wissen ausgefüllt.

Datum

Unterschrift

(Patient oder Erziehungsberechtigter/ Vormund)