

Allgemein-Anamnese

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Hausarzt:

Telefonnummer:

Beruf:

Führerschein: ja nein

E-Mail Adresse:

Leiden Sie an hohem Blutdruck? ja nein

Wenn ja, seit wann? letzter RR Wert?

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Hatten Sie einen Herzinfarkt? Wenn ja, wann? ja nein

Sind Sie Diabetiker? ja nein

Wenn ja, seit wann? letzter HbA1c?

Tabletten Insulinpflichtig Diät

Leiden Sie an Rheuma? ja nein

Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Bestehen Allergien gegen Medikamente oder deren Inhaltsstoffe?
Wenn ja, gegen welche? ja nein

Haben Sie Hepatitis, HIV oder andere ansteckende Erkrankungen?
Wenn ja, welche? ja nein

Leiden Sie an anderen wichtigen Erkrankungen? Wenn ja, welche? ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? keine