



Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____

Angaben im Rahmen der COVID-19-Pandemie		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	1. Haben Sie aktuell Husten, Halsschmerzen, Fieber, Atemnot, Geruchs- und/oder Geschmacksstörungen bemerkt?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	2. Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet für COVID-19-Fälle?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	3. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall gehabt?

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen:	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen
<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Krampfadern
<input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung
<input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	

Risikoprofil:	
Nikotin:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag _____
Regelmäßiger Alkoholkonsum:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____
	6. _____
	7. _____
	8. _____

Anamnesebogen

Liegen Medikamentenunverträglichkeiten vor?		Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	1.
		2.
		3.

Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	1.
		2.
		4.

Bestehen Voroperationen?		Wenn ja, welche und wann:
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	1.
		2.
		3.

Aktuelle Beschwerden? (bitte beschreiben Sie diese mit eigenen Worten):

Sonstige Bemerkungen:

Datum	Patient (Unterschrift)