



ANAMNESEBLATT

Name: _____

Adresse: _____

PLZ und Ort: _____

Tel. Nr. und E-Mail: _____

Hausarzt oder Internist: _____

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche:

Wurden bereits wichtige Operationen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Rauchen Sie bzw. haben Sie geraucht? Seit wann rauchen Sie nicht mehr?

Haben Sie Vorerkrankungen? (z.B: Hypertonie, Zucker, COPD, Asthma, etc.)

Vielen Dank!

Unterschrift: _____