



HAUSARZTPRAXIS
Ivana Jovanović

Anamnesebogen

Vorname / Nachname _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

Familienstand _____

Kinder _____

Patientenverfügung _____

Vorsorgevollmacht _____

Pflegegrad

① ② ③ ④ ⑤

Allergie

Ja

Nein

Falls ja, welche: _____

Chronische Erkrankungen

Ja

Nein

Arterielle Hypertonie

Ja

Nein

Zuckerkrankheit

Ja

Nein

Herzerkrankung

Ja

Nein

Lungenerkrankung

Ja

Nein

Nierenerkrankung

Ja

Nein

Lebererkrankung

Ja

Nein

Chron. Darmerkrankung

Ja

Nein

Krebs

Ja

Nein

Rheuma

Ja

Nein

Thromboseneigung

Ja

Nein

Operationen

Ja

Nein

Falls ja, welche: _____

Rauchen

Ja

Nein

Alkohol

Ja

Nein

Drogen

Ja

Nein

Medikamente

Ja

Nein

Falls ja, welche: _____

Bitte bringen Sie Ihren Medikationsplan zum Termin mit.

Impfungen _____

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis zum Termin mit.

Beruf _____

Arbeitgeber / Adresse _____

Art des Unternehmens _____