

**Anamnesebogen:**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Rauchen Sie?  nein  ja \_\_\_\_\_ Zigaretten tgl.

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?  nein  ja \_\_\_\_\_ tgl.

**Bestehen bei Ihnen folgende Erkrankungen?**

	Ja	Nein
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zustand nach Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zustand nach Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie (Bluthochdruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD (Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anderweitige Vorerkrankungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Weiter auf der Rückseite

Erstellt / Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
A. Beckmann	N. Trimborn	Dr. D.M. Feller
Datum:08.04.21	Datum:09.04.21	Datum: 09.04.21

**Fragen zur Medikamenteneinnahme:**

Ja    Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

  

(z.B. ASS, Marcumar, Eliquis, Lixiana, Pradaxa, Xarelto, Clopidogrel)

Spritzen Sie Insulin?

  

**Medikamentenplan:**

Medikamentenname	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Ja    Nein

Bestehen bei Ihnen Allergien?

  

Falls ja, gegen welche Stoffe? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besteht zur Zeit der Verdacht auf eine Covid-19-Infektion?

  

Sind Sie bereits gegen Covid 19 geimpft worden?

  

Wenn Ja: wann wurden Sie geimpft?

Datum 1. Impfung: \_\_\_\_\_ Datum 2. Impfung: \_\_\_\_\_

Impfstoff: \_\_\_\_\_

Liegt ein Grad der Behinderung vor?

  

Wenn ja, welcher Grad? \_\_\_\_\_

Erstellt / Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
A. Beckmann	N. Trimborn	Dr. D.M. Feller
Datum:08.04.21	Datum:09.04.21	Datum: 09.04.21