

## ANAMNESE ERWACHSENE

NAME: Titel: SVN/R/Geb. Datum:

Straße: PLZ/Ort:

Tel. Nr. (mobil): Emailadresse:

---

Größe: Gewicht:

**Risikofaktoren:** Rauchen Nein [ ] Ja [ ] - Menge/Tag:

Alkoholkonsum: überhaupt keinen [ ] selten [ ] regelmäßig [ ] täglich [ ]

Wenn ja, Menge und Art:

Haben sie **Allergien, Unverträglichkeiten** (zB. Medikamente, Nahrungsmittel, etc.):

Nein [ ] Ja [ ] – welche, welche Erscheinungen sind aufgetreten:

Müssen sie regelmäßig **Medikamente (auch rezeptfreie, Pille, etc.) einnehmen?**

Nein [ ] Ja [ ] – welche (bitte genaue Bezeichnung, Dosis, Einnahmeschema):

NAME incl. Stärke	morgens	mittags	abends	nachts

Bitte Rückseite beachten!

Bestehen bei Ihnen **chronische Erkrankungen** (zB. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, etc.)?

Nein [ ]      Ja [ ] – welche:

Wurden sie schon einmal in einem **Krankenhaus behandelt bzw. operiert?**

Nein [ ]      Ja [ ] – wann, weshalb:

Ihr derzeit behandelnder **Hausarzt:**

Bitte bringen sie allfällig vorhandene Befunde in die Ordination mit, damit wir sie in unser EDV-System übernehmen können.

Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Vorsorgeuntersuchung** durchgeführt:

Nein [ ]      Ja [ ] – wann, wurden auffällige Befunde entdeckt?

**Sonstiges/Bemerkungen:**

**Datum/Unterschrift:** \_\_\_\_\_